

INSTYTUT GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC

Oddział Terenowy w Rabce-Zdrój

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej

PRACOWNIA ANALITYKI

.....  
miejsce i data

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA

Ja, niżej podpisana/y .....

(imię i nazwisko)

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 legitymująca/y się dokumentem tożsamości

..... seria i numer.....

(np. dowód osobisty/paszport)

upoważniam Panią/Pana .....

(imię i nazwisko)

legitymującą/ego się dokumentem tożsamości.....

seria i numer: ..... do odbioru wyniku badania laboratoryjnego

(np. dowód osobisty/paszport)

.....  
czytelny podpis pacjenta/opiekuna  
faktycznego/opiekuna prawnego