

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU

*Wyników badań: laboratoryjnych / histopatologicznych / cytologicznych / wysiłkowych / zdjęć
CD RTG, TK, MR / USG / EKG / EEG / innych
(*niepotrzebne skreślić)

Ja, niżej podpisana/y:

legitymująca/y się dowodem osobistym nr

nr PESEL

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

 niniejszym upoważnia Panią / Pana:

.....
legitymującą/ego się dowodem osobistym nr

do odbioru moich w/w wyników badań wykonanych w CDT Medicus Sp. z o.o.

.....
podpis osoby upoważniającej

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU

*Wyników badań: laboratoryjnych / histopatologicznych / cytologicznych / wysiłkowych / zdjęć
CD RTG, TK, MR / USG / EKG / EEG / innych
(*niepotrzebne skreślić)

Ja, niżej podpisana/y:

legitymująca/y się dowodem osobistym nr

nr PESEL

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

 niniejszym upoważnia Panią / Pana:

.....
legitymującą/ego się dowodem osobistym nr

do odbioru moich w/w wyników badań wykonanych w CDT Medicus Sp. z o.o.

.....
podpis osoby upoważniającej