
imię i nazwisko

adres

Upoważnienie

Ja niżej podpisany / podpisana upoważniam Pana/Panią
legitymującego(ą) się dowodem osobistym seria/nrdo odbioru
wyników badań kału na nosicielstwo w kierunku pałeczek z rodzaju salmonella shigella.

data i czytelny podpis