

Potwierdzam odbiór wyników w dniu

(data i podpis)

UPOWAŻNIAM DO ODBIORU WYNIKÓW

Ja niżej podpisany/a

(imię i nazwisko)

legitymujący/a się dokumentem tożsamości

(np. dowód osobisty/paszport)

seria i numer

do odbioru wyników badań do celów sanitarno-epidemiologicznych.

.....

(data i czytelny podpis)