

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU SPRAWOZDANIA Z BADAŃ  
wykonanych przez Dział Laboratoryjny Wojewódzkiej Stacji  
Sanitarno-Epidemiologicznej w Szczecinie  
Oddział w Kamieniu Pomorskim

Ja, niżej podpisana/y.....

/ Imię i nazwisko /

PESEL :.....

legitymująca/y się dokumentem tożsamości.....

seria i numer:.....

upoważniam Pana/Panią .....

/ Imię i nazwisko /

legitymującą/ego się dokumentem tożsamości:.....

seria i numer:.....do odbioru wyników badań

w kierunku .....

.....

Czytelny podpis klienta