UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU SPRAWOZDANIA Z BADAŃ

wykonanych przez Laboratorium WSSE 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