

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU SPRAWOZDANIA Z BADAŃ
WYKONANYCH PRZEZ LABORATORIUM PSSE W BUSKU-ZDROJU

Ja niżej podpisana/y.....

Imię i Nazwisko

PESEL:..... legitymujący się dowodem tożsamości:.....

seria i numer:.....

Upoważniam Pana/Panią.....

Imię i Nazwisko

Legitymującego/-cą się dowodem tożsamości:.....

Seria i numer.....do odbioru wyników badań w kierunku:

.....

.....

Data i podpis osoby upoważniającej