Piaseczno, dnia……………………..

………………………..

(imię i nazwisko)

………………………..

(dane adresowe)

UPOWAŻNIENIE

Niniejszym upoważniam Pana/Panią\*………………………………………………………. legitymującą/ego\* się dowodem osobistym ……………………………………… do odbioru moich badań w kierunku *Salmonella/Shigella* z Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Piasecznie.

……………………..

(podpis)

\*niepotrzebne skreślić