



SPMSZ SZCZECIN

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony

71 – 455 Szczecin, ul Arkońska 4

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej

UPOWAZNIENIE

Data: í í í í í í í í í í

Imię i nazwisko Pacjenta: í

Adres Pacjenta: í .

PESEL: í í í í í í í í í í í í í í .

Upoważniam:

Imię i nazwisko: í .

do odbioru wyniku mojego badania.

í .

Podpis Osoby składającej upoważnienie