

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA WYNIKÓW BADAŃ DZIECKA

Wypełnia rodzic lub opiekun prawny

Upoważniam Pana/Panią* (imię i nazwisko)
legitymującego/-ą się dowodem osobistym nr..... do odbioru wyników badań
Imię i nazwisko dzieckaPESEL

.....
wykonanych w LABORATORIUM CENTRALNYM Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy w dniu
.....

.....
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

.....
(nr dowodu osobistego rodzica lub opiekuna prawnego)

* Niepotrzebne skreślić