

.....  
Imię i nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

.....  
Adres

**Upoważniam niżej wymienione osoby do odbioru wyników moich badań z laboratorium NZOZ „VITA” Sp. z o. o. w Brzeszczach.**

<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Data urodzenia</b>	<b>Adres (zgodny z dokumentem tożsamości)</b>

.....  
Data i podpis pacjenta