



Załącznik nr 2 do P-7.5(MB)-17

Toruń, dnia

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ

Upoważniam Panią/Pana.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

legitymującą/-ego się dokumentem tożsamości.....
(rodzaj i numer dokumentu tożsamości)

do odbioru wyników badań mikrobiologicznych wykonywanych w Zakładzie Diagnostyki Mikrobiologicznej

pacjenta, PESEL
(nazwisko i imię osoby badanej)

.....
miejsce i data

.....
(czytelny podpis zleceniodawcy)