

Upoważnienie

Upoważniam Panią/Pana legitymującą/legitymującym się dowodem osobistym nr do odbioru moich wyników badań z Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej, ul. Szamarzewskiego 84 w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Poznaniu.

.....
data

.....
podpis

Upoważnienie

Upoważniam Panią/Pana legitymującą/legitymującym się dowodem osobistym nr do odbioru moich wyników badań z Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej, ul. Szamarzewskiego 84 w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Poznaniu.

.....
data

.....
podpis