

.....
(miejsowość, data)

PR10_F 14_w1
Szpitalny Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej
Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Biziela
85-168 Bydgoszcz, ul. Ujejskiego 75
tel. 052 36 55 645, 36 55 451

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU SPRAWOZDANIA Z BADANIA*

Ja, niżej podpisana/-y

PESEL														
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

legitymująca/-y się d. o. nr/seria.....

upoważniam

pana/-ią

legitymująca/-ego się d. o. nr/seria.....

do odbioru sprawozdania z badania zleconego w dniu

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

D D - M M - R R R R

.....
(czytelny podpis)

* *Upoważnienie ma charakter jednorazowy*

.....
(miejsowość, data)

PR10_F 14_w1
Szpitalny Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej
Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Biziela
85-168 Bydgoszcz, ul. Ujejskiego 75
tel. 052 36 55 645, 36 55 451

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU SPRAWOZDANIA Z BADANIA*

Ja, niżej podpisana/-y

PESEL														
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

legitymująca/-y się d. o. nr/seria.....

upoważniam

pana/-ią

legitymująca/-ego się d. o. nr/seria.....

do odbioru sprawozdania z badania zleconego w dniu

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

D D - M M - R R R R

.....
(czytelny podpis)

* *Upoważnienie ma charakter jednorazowy*