

Upoważniam .....

(nazwisko i imię osoby upoważnionej)

Numer i nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość.....

do odbioru wyników badań laboratoryjnych wykonanych w ZDL WSzZ w Toruniu pacjenta

....., PESEL.....

(nazwisko i imię)

.....  
(czytelny podpis pacjenta/przedst. ustaw. pacjenta)