



Warszawa dn.

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisana/y,
legitymująca/y się dowodem tożsamości, seria.....nr.....,
niniejszym upoważniam p.
o nr dowodu tożsamości, do odbioru wyników moich badań
jednorazowo z dnia*/ od dniana czas nieokreślony*

.....
imię i nazwisko, podpis

*niepotrzebne skreślić