Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie
ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa
www.zakazny.pl

Upoważnienie do odbioru wyników badań

Imię i nazwisko osoby upoważniającej:

.....

PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Rodzaj i nr dokumentu tożsamości .....

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

.....

PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Rodzaj i nr dokumentu tożsamości .....

.....
Czytelny podpis osoby upoważniającej

.....
Data

.....
Podpis pracownika przyjmującego upoważnienie

Wa-Wo-(25862) A5/1 **GEMINI** tel./fax 32 353 80 28