

UPOWAŻNIENIE

do odbioru wyników badań mikrobiologicznych

Ja niżej podpisana/y

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

**Oświadczam, że upoważniam do odbioru moich wyników badań mikrobiologicznych
panią/pana**

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis