



„TK MEDICA” Sp. z o.o.

83-200 Starogard Gdański, ul. dra Józefa Balewskiego 1, tel./fax 58 562 73 07, tel. 58 563 94 16

Dnia .....

**UPOWAŻNIENIE INNEJ OSOBY DO  
ODBIORU WYNIKU BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO**

Upoważniam Panią/Pana (imię i nazwisko).....

(PESEL) ..... do odbioru wyniku badania diagnostycznego w moim imieniu.

.....

Czytelny podpis **upoważniającego** (imię i nazwisko oraz PESEL)