**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU SPRAWOZDANIA Z BADAŃ**

Ja, niżej podpisana/y ............................................................, PESEL : ....................................

/ Imię i nazwisko /

legitymująca/y się dokumentem tożsamości: ...........................................................................

seria i numer:................................, upoważniam Pana/Panią ………………………………..

/ Imię i nazwisko /

legitymującą/ego się dokumentem tożsamości: .......................................................................

seria i numer: .................................. do odbioru wyników badań w kierunku:   
Nosicielstwa SS

……………………………

/Data i podpis pacjenta/