**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/