Wrocław, dnia .....

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW Z DCM DOLMED S.A.

Ja, ..., PESEL .....

upoważniam .....

legitymującą/ego się dowodem osobistym .....

do odbioru z Dolnośląskiego Centrum Medycznego DOLMED S.A. moich wyników

.....

.....

zrealizowanych w dniu .....

.....

Imię i nazwisko Pacjenta