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