



.....  
.....  
Imię, Nazwisko, nr Pesel

## UPOWAŻNIENIE

Upoważniam następujące osoby do odbioru w moim imieniu i na moją rzecz od pracowników Z.P.L.R. Diagter Sp. z o.o. recept lekarskich i wyników badań:

Imię, Nazwisko, nr Pesel

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

.....  
Data i czytelny podpis