

## UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany/a .....

PESEL: .....

legitymujący/a się dokumentem tożsamości: .....

seria i numer: .....

**upoważniam,**

Pana/Panią .....

PESEL: .....

legitymującego/ą się dokumentem tożsamości: .....

seria i numer: .....

do odbioru mojego materiału (preparaty histopatologiczne i cytologiczne, bloki parafinowe)  
z NZOZ Zakład Patomorfologii ALFAMED.

.....  
Data i podpis osoby upoważniającej