



Plná moc k převzetí laboratorních výsledků

Pacient	
Jméno, příjmení	
Datum narození	
Bydliště	
Osoba vyzvedávající výsledek	
Jméno, příjmení	
Datum narození	
Bydliště	
Číslo OP	

Zplnomocňuji tímto výše uvedenou osobu, aby převzala výsledek mého laboratorního vyšetření v laboratoři OLÚ Jevíčko.

V _____

Dne _____

Podpis pacienta _____

Záznam laboratoře: Předáno dne, předal _____