

.....
(imię i nazwisko)

.....
.....
(adres)

.....
(nazwa i nr dokumentu tożsamości)

.....
(miejsowość, data)

U P O W A Ź N I E N I E

Upoważniam Panią / Pana*
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

legitymującą się / legitymującego się*
.....
(nazwa i numer dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

do wypożyczenia mojego materiału (błoczki/preparaty*) z Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zakładu Patologii.

* niepotrzebne skreślić

.....
(podpis)