Miejscowość, data: ………………………………….

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ Z ZAKRESU SEROLOGII/IMMUNOLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ**

Ja, niżej podpisana/y:

 …………………………………………………………………………………………. PESEL: …………………………………………….

 imię i nazwisko

legitymująca/y się dowodem osobistym (nr i seria) ……………………………………………………………………………………

Upoważniam Pana/Panią: …………………………………………………………………………………………………………………

legitymującą/ym się dowodem osobistym (nr i seria) ………………………………………………………………………………..

do odbioru wyników badań z zakresu serologii/immunologii transfuzjologicznej

 …………………..…………………………………………….

 podpis osoby upoważniającej

załącznik 9 w. 1 z dnia 27.05.2020 r. do SOP 02/195