

.....
Miejsce i data

.....
.....
.....
Dane podmiotu (nazwa, adres, NIP)

Informuję, że
(nazwa podmiotu) upoważnia do odbioru zawnioskowanego materiału (błoczki parafinowe, preparaty histopatologiczne lub cytologiczne), stanowiącego własność NZOZ Zakład Patologii Sp. z o.o., następujące osoby:

Imię	Nazwisko	Stanowisko / funkcja	Data obowiązywania upoważnienia

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważniającej)