

Laboratoria Medyczne BRUSS grupa ALAB Sp.z o.o.  
ul. Powstania Styczniowego 9B; 81-519 GDYNIA  
tel. (058) 69 98 844; fax (058) 69 98 852

### UPOWAŻNIENIE

Data zlecenia .....

Upoważnienie złożył:

.....  
*Imię i nazwisko klienta*

PESEL klienta .....

Proszę laboratorium o:

- przesłanie sprawozdania z badań poczta e-mail

Adres e-mail: .....  
*Proszę czytelnie wpisać adres*

Nr tel. kom. ....

.....  
*Podpis osoby składającej upoważnienie*

.....  
*Podpis osoby wysyłającej*

Formularz PO 08.01-IT 01-ZK 05

Laboratoria Medyczne BRUSS grupa ALAB Sp.z o.o.  
ul. Powstania Styczniowego 9B; 81-519 GDYNIA  
tel. (058) 69 98 844; fax (058) 69 98 852

### UPOWAŻNIENIE

Data zlecenia .....

Upoważnienie złożył:

.....  
*Imię i nazwisko klienta*

PESEL klienta .....

Proszę laboratorium o:

- przesłanie sprawozdania z badań poczta e-mail

Adres e-mail: .....  
*Proszę czytelnie wpisać adres*

Nr tel. kom. ....

.....  
*Podpis osoby składającej upoważnienie*

.....  
*Podpis osoby wysyłającej*

Formularz PO 08.01-IT 01-ZK 05

Laboratoria Medyczne BRUSS grupa ALAB Sp.z o.o.  
ul. Powstania Styczniowego 9B; 81-519 GDYNIA  
tel. (058) 69 98 844; fax (058) 69 98 852

### UPOWAŻNIENIE

Data zlecenia .....

Upoważnienie złożył:

.....  
*Imię i nazwisko klienta*

PESEL klienta .....

Proszę laboratorium o:

- przesłanie sprawozdania z badań poczta e-mail

Adres e-mail: .....  
*Proszę czytelnie wpisać adres*

Nr tel. kom. ....

.....  
*Podpis osoby składającej upoważnienie*

.....  
*Podpis osoby wysyłającej*

Formularz PO 08.01-IT 01-ZK 05

Laboratoria Medyczne BRUSS grupa ALAB Sp.z o.o.  
ul. Powstania Styczniowego 9B; 81-519 GDYNIA  
tel. (058) 69 98 844; fax (058) 69 98 852

### UPOWAŻNIENIE

Data zlecenia .....

Upoważnienie złożył:

.....  
*Imię i nazwisko klienta*

PESEL klienta .....

Proszę laboratorium o:

- przesłanie sprawozdania z badań poczta e-mail

Adres e-mail: .....  
*Proszę czytelnie wpisać adres*

Nr tel. kom. ....

.....  
*Podpis osoby składającej upoważnienie*

.....  
*Podpis osoby wysyłającej*

Formularz PO 08.01-IT 01-ZK 05