

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y

..... PESEL

imię i nazwisko

jako przedstawiciel ustawowy/ opiekun faktyczny pacjenta *

..... PESEL

imię i nazwisko

żadam, aby wyniki badań laboratoryjnych moich / wskazanego wyżej pacjenta* nie były udostępniane na stronie internetowej ALAB laboratoria Sp. z o.o.

Dnia podpis**

POTWIERDZAM ODBIÓR oświadczenia
data, podpis pracownika firmowego PP

* - niepotrzebne skreślić

** - proszę podpisać upoważnienie w obecności pracownika firmowego PP