

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y

..... **PESEL** .....

*imię i nazwisko*

jako przedstawiciel ustawowy/ opiekun faktyczny pacjenta \*

..... **PESEL** .....

*imię i nazwisko*

żądam, aby wyniki badań laboratoryjnych moich / wskazanego wyżej pacjenta\* nie były udostępniane na stronie internetowej „Laboratoria Medyczne Bruss” Grupa Alab Spółki z o.o.

**Dnia** ..... **podpis\*\*** .....

**POTWIERDZAM ODBIÓR oświadczenia** .....

*data, podpis pracownika LM Bruss*

\* - *niepotrzebne skreślić*

\*\* - *proszę podpisać upoważnienie w obecności pracownika LM Bruss*