

 <p>Označení dokumentu: BF49.03</p>	Diagnostická laboratoř	Strana č.: 1 Celkem stran: 1
PLNÁ MOC		

Jméno a příjmení:

Rodné číslo pojištění:

(dále jen „zmocnitel“)

zplnomocňuji

pána/paní jméno a příjmení:

Číslo průkazu totožnosti:

(dále jen „zmocněnec“)

k převzetí výsledkové zprávy laboratorního vyšetření z Diagnostické laboratoře SPADIA LAB a.s.

v....., dne.....

Podpis zmocnitele

Zmocněnec souhlasí

v....., dne.....

Podpis zmocněnce