

PLNÁ MOC k převzetí laboratorních výsledků

Zplnomocňuji tímto:

Jméno, příjmení

Bytem:

Datum narození:.....

OP č.:
(zmocněnec),

aby pro mou osobu – pacienta

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

(zmocnitel)

Přebíral/la laboratorní výsledky na oddělení.....a to na dobu:

neurčitou – určitou do.....

Ve Vyškově dne

.....

zmocnitel - pacient

Plnou moc přijal/la a na důkaz souhlasu stvrzuje podpisem: