

 <p>Označení dokumentu: BF49.05</p>	Diagnostická laboratoř	Strana č.:1 Celkem stran:1
PLNÁ MOC		

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Číslo pojištěnce/Rodné číslo:

Bytem:

(dále jen „zmocnitel“)

zplnomocňuji

pána/paní jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Číslo průkazu totožnosti:

Bytem:

(dále jen „zmocněnec“)

k převzetí výsledkové zprávy laboratorního vyšetření z Diagnostické laboratoře SPADIA LAB a.s. z odběru biologického materiálu provedeného dne

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

Podpis zmocnitele

[Podpis zmocnitele musí být úředně ověřený]

Zmocněnec souhlasí

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

Podpis zmocněnce