

Pooblastilo za dvig laboratorijskega izvida

(ime in priimek)

(rojstni datum)

POOBLAŠČAM

(ime in priimek)

da v mojem imenu in zame prevzame laboratorijski izvid v laboratoriju ZD Postojna.

Za identifikacijo prilagam osebni dokument:

osebna izkaznica/ kartica ZZ/ voziško /drugo- št.: _____

Datum: _____

Podpis pooblaščenca:

Podpis pooblastitelja: