

UPOWAŻNIENIE

Miejscowość, dnia

Upoważniam Panią / Pana*

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

legitymującą się / legitymującego się*

.....

(nazwa i numer dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

do wypożyczenia mojego materiału (błoczki/preparaty*) z Zakładu Patomorfologii Klinicznej i Doświadczalnej
Meduniv Sp. z o.o.

* niepotrzebne skreślić

.....

podpis