**Plná moc k převzetí výsledků vyšetření**

Jméno a příjmení: ………………………………………………..………………………………………………………

Rodné číslo pojištěnce: ………………………………­…

 (dále jen **zmocnitel**)

**tímto zmocňuji**

Jméno a příjmení: ………………………………………………..………………………………………………………

číslo průkazu totožnosti…………………………………….…….

(dále jen **zmocněnec**)

k osobnímu převzetí výsledkových listů laboratorního vyšetření z Biochemické laboratoře BILA s. r. o.

Tato plná moc platí od …………………….. do ……………………..

V ……………………. dne ………..................... podpis zmocnitele …………………….

S plnou mocí souhlasím a prohlašuji, že se při přebírání výsledků budu prokazovat výše uvedeným dokladem.

V ……………………. dne ………..................... podpis zmocněnce …………………….