



POOBLASTILO ZA DVIG LABORATORIJSKEGA IZVIDA

Spodaj podpisani/a: _____ (ime in priimek)

datum rojstva: _____,

pooblašcam

_____ (ime in priimek), da zame prevzame laboratorijski izvid v Diagnostičnem laboratoriju ZD Domžale / ZP Lukovica / ZP Moravče (obkroži).

Za identifikacijo prilagam svoj osebni dokument: _____ (lahko je kopija).

Datum: _____ Podpis pacienta: _____.