

Warszawa, dn. ....

.....  
imię i nazwisko

.....  
kod, miejscowość

.....  
ulica

.....  
PESEL

Proszę o przesłanie drogą listowną (pocztą – za potwierdzeniem odbioru) wyniku badania

..... (dokumentacji medycznej) wykonanego w dniu .....

na adres:

.....  
imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru

.....  
kod, miejscowość

.....  
ulica

.....  
czytelny podpis osoby badanej