

PLNÁ MOC K PŘEVZETÍ LABORATORNÍCH VÝSLEDKŮ

Zmocnitel - vyšetřovaná osoba (pacient)

Jméno a příjmení:

Datum a místo narození:

Číslo pojištění:

Bydliště:

Tímto zmocňuji

Zmocněnec - osoba pověřená k převzetí výsledků

Jméno a příjmení:

Datum a místo narození:

Číslo a typ dokladu totožnosti:

Bydliště:

k vyzvednutí výsledků laboratorních vyšetření z laboratoře AeskuLab, provozované společností AeskuLab k.s., se sídlem Praha 6, Evropská 2589/33b, PSČ 160 00, IČO 60470488, zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 76193 („Laboratoř“).

Prohlašuji, že jsem si vědom(a), že Laboratoř nenesे následky za případné porušení důvěrnosti osobních údajů zmocnitele/pacienta předaných zmocněnci.

Tato plná moc platí od do

V dne

.....
Podpis zmocnitele

Plnou moc přijímám a prohlašuji, že se při přebírání výsledků z Laboratoře budu prokazovat shora uvedeným dokladem totožnosti.

V dne

.....
Podpis zmocněnce

Pokud udělujete plnou moc k vyzvednutí výsledků syna/dcery, vyplňte následující údaje:

Jméno a příjmení syna/dcery:

Datum a místo narození:

Číslo pojištění:

Bydliště:

Zmocněnec v tomto případě musí vedle svého dokladu totožnosti doložit rovněž průkaz pojištění dítěte.

V dne

.....
Podpis zmocnitele