

Meghatalmazás

Alulírott, _____ (születési idő: _____ szül.hely: _____),

anyja neve: _____), meghatalmazom: _____

nevű (születési idő: _____ szül.hely: _____), anyja neve:

_____), családtagomat, hogy az Allergia Ambulancia által elvégzett

vizsgálati eredményemet lezárt borítékban átvegye: 1139 Budapest Váci út 91 szám alatt.

Tanú:

Tanú:

Budapest, 2011. év hó nap

.....

aláírás