

## **PLNÁ MOC**

**Jméno a Příjmení:**

(osoby vyšetřované)

**Rodné číslo pojištěnce:**

(dále jen „Zmocnitel“)

### **zplnomocňuje**

**Jméno a Příjmení:**

(osoby přebírající výsledkovou zprávu)

**Rodné číslo pojištěnce:**

(dále jen „Zmocněnec“)

### **k převzetí výsledků laboratorních vyšetření**

V ....., dne  
(doplňte místo)

.....  
Podpis zmocnitele  
(osoby vyšetřované)

**Zmocněnec toto zmocnění přijímá.**

V ....., dne  
(doplňte místo)

.....  
Podpis zmocněnce  
(osoby přebírající výsledkovou zprávu)