



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „**MEDOKIN**”  
ul. Związku Walki Młodych 12, 02-786 Warszawa  
tel: 22 855 55 20 | +48 601 501 438  
email: kontakt@medokin.pl  
www.medokin.pl

---

Warszawa, dn. ....

## UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisana/-ny .....,  
PESEL ....., upoważniam NZOZ MEDOKIN, ul. Związku Walki Młodych 12,  
02-786 Warszawa do przesłania moich wyników badań wykonanych dnia ..... na adres mailowy:  
.....

Podpis osoby udzielającej upoważnienia

.....