



ZADEVA: Pooblastilo za dvig laboratorijskega izvida

Spodaj podpisani _____ (ime), _____ (priimek),

rojen _____ ,

stanujoč _____ ,

pooblašcam

_____ (ime), _____ (priimek),

da v mojem imenu in zame prevzame laboratorijski izvid v laboratoriju OE ZD Škofja Loka, Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka.

Za identifikacijo prilagam osebni dokument :

osebna izkaznica št.: _____

potni list št.: _____

drugo: _____

Podpis pooblaščenca :

Kraj _____, datum _____