**ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η

του και της

**με Α.Μ.Κ.Α. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

κάτοικος………………………,οδός………………………………αριθ.….…. με ΑΔΤ/Διαβατηρίου……………………………………🕿**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# **Εξουσιοδοτώ**

Τον/Την

του και της

κάτοικος ……………………, οδός …………………………………αριθ.…... ΑΔΤ/Διαβατηρίου ……………………🕿**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**να παραλάβει αντί εμού τα** **αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεών** **μου που έγιναν** στο **Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου την\_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_**.

**ΘΕΩΡΗΣΗ** **Ηράκλειο \_\_\_/\_\_\_/20\_\_**

**ΓΝΗΣΙΟΥ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ** **Ο/Η Εξουσιοδοτών/ούσα**

(υπογραφή)