



Laboratorio Analisi Cliniche Giglioli
Via D. De Dominicis n.39 – 00159 Roma
Tel./fax 06.43599236

Oggetto: delega per il ritiro referto

Io sottoscritto/a sig./ra _____
delego il/la sig./ra _____ a ritirare per me il
referto relativo agli esami effettuati in data _____ presso il vostro
laboratorio.

Data _____

Firma _____

Documento del delegato _____