

**AUTORIZACION DE RECOGIDA DE ANALISIS CLINICOS**

Yo D/Dña ..... con DNI nº ....., **autorizo a**  
D/Dña ....., con DNI nº ....., a recoger mis  
análisis clínicos.

Fdo: .....

El interesado

Toledo, a ..... de .....de 201...

**AUTORIZACION DE RECOGIDA DE ANALISIS CLINICOS**

Yo D/Dña ..... con DNI nº ....., **autorizo a**  
D/Dña ....., con DNI nº ....., a recoger mis  
análisis clínicos.

Fdo.: .....

El interesado

Toledo, a ..... de..... de201....