

PACJENT:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

**UPOWAŻNIENIE
do odbioru recept / zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne***

Ja niżej podpisany(a), niniejszym upoważniam (proszę wpisać co najmniej jedną osobę):

1.....

(imię i nazwisko) (PESEL) (nr dowodu osobistego)

2.....

(imię i nazwisko) (PESEL) (nr dowodu osobistego)

3.....

(imię i nazwisko) (PESEL) (nr dowodu osobistego)

do odbioru recept / zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne* wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń medycznych zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2011r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.).

....., dnia.....

(miejscowość)

(data)

(czytelny podpis pacjenta)

* - niepotrzebne skreślić