

PACJENT:

.....
(imię i nazwisko) (nr PESEL) (nr dowodu osobistego)
.....
(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..... 20..... R
(miejscowość) (czytelny podpis pacjenta)

* - niepotrzebne skreślić