UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU RECEPTY/ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

Ja, niżej podpisany/a ..... ……..
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

PESEL └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘, legitymujący/asię……..……
nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

niniejszym upoważniam na stałe / jednorazowo* do odbierania recepty / zlecenia na wyroby medyczne*

1. .....PESEL └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘
imię i nazwisko
……..
nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

2.. ..... PESEL └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘
imię i nazwisko
……..
nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

Upoważnienie dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta, podstawa prawna: art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty – tekst jednolity (Dz.U. 2018 poz. 617).

....., dnia └┴┴┘.└┴┴┘.└┴┴┴┴┘r.

……
(czytelny podpis pacjenta)

*niewłaściwe skreślić