

Część I**Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do odbioru recepty bądź zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne***

Ja, niżej podpisana/y

.....PESEL

imię i nazwisko

zam..... legitymująca/y się.....

nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

oświadczam, że:

1. Upoważniam Panią / Pana*

.....PESEL

imię i nazwisko

zam.....tel.....

i / lub*

2. Osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób

- do odbioru mojej recepty bądź zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne

....., dnia .. r......
(czytelny podpis pacjenta)**Część II****Oświadczenie pacjenta o braku upoważnienia do odbioru jego recepty bądź zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne***

- oświadczam, że nie upoważniam nikogo do odbioru mojej recepty bądź zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne*

....., dnia .. r......
(czytelny podpis pacjenta)**Część III****Odwwołanie upoważnienia dla osoby wskazanej w powyższym oświadczeniu, na odbiór recepty bądź zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne***....., dnia .. r......
(czytelny podpis pacjenta)**Podstawa prawna:**

- art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152 ze zm.)

*niewłaściwe skreślić