

Potwierdzenie odbioru recepty/zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne*

Ja, niżej podpisana/yPESEL [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
.....
imię i nazwisko
zam.....legitymująca/y się.....
..... nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

niniejszym oświadczam, że odebrałam/em recepty/zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne* wystawione w
dniu [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] w ramach udzielenia świadczenia zdrowotnego

dla Pani/Pana*zam.....
.....
imię i nazwisko

.....
(czytelny podpis odbierającego)

Oświadczenie dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta.

Podstawa prawna:

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

*niewłaściwe skreślić