

ul. Masarska 11/52, 31-534 Kraków

....., dnia20.... r.

(miejsowość)

PACJENT

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

UPOWAŻNIENIE

do odbioru recepty/wyników badań/zlecenia 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 recepty/ wyników badań/ zlecenia 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.).

Upoważnienie jest jednorazowe/ stałe *

* niepotrzebne skreślić

.....

(czytelny podpis z podaniem imienia i nazwiska)