

.....

....., dnia.....20..... r.

Imię i nazwisko pacjenta

.....

Numer PESEL

.....

Adres zamieszkania

Wariant I

Oświadczenie o sposobie realizacji prawa do odbioru recept lub zleceń

Niniejszym oświadczam, że recepty lub zlecenia wystawione w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń, zgodnie z art.42 ust.2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz.U. 2011 r. NR 277, poz. 1634 z późn. zm.) **mogą być odebrane przez dowolną osobę, która się zgłosi.**

.....

Czytelny podpis