

.....

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

Imię i nazwisko pacjenta

.....

Numer PESEL

.....

Adres zamieszkania

Wariant II

Upoważnienie do odbioru recept lub zleceń

Niniejszym upoważniam,

.....

(imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr pesel)

do odbioru recept lub zleceń wystawionych 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.)

.....

Czytelny podpis