UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU RECEPT LUB ZLECEŃ

JA

IMIĘ I NAZWISKO:.....

PESEL:.....

Nr dowodu osobistego…….

Adres:.....

upoważniam:

/imię i nazwisko/.....

PESEL/data urodzenia/adres zamieszkania/nr telefonu: …….....……

do odbioru 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. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn, zm.).

....

Podpis pacjenta Data

Oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej

pacjenta.....

podstawa prawna: art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn,: Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn, zm.).