

..... r.  
(miejscowość) (data)

## UPOWAŻNIENIE

do odbioru recept / zleceń na wyroby medyczne\*

Ja, niżej podpisany(a), .....

(imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL)

legitymujący(a) się .....

(rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego powyższe dane)

niniejszym upoważniam

.....

(imię, nazwisko adres zamieszkania, nr PESEL)

do odbioru recept / zleceń na wyroby medyczne\* wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń, zgodnie z art. 42 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r. poz. 617,650,697).

.....

(czytelny podpis)

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 dentystry (Dz. U. z 2018 r. poz. 617,650, 697).

\*niepotrzebne skreślić