

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

NZOZ "SANA-MED" s.c
32-300 Olkusz
ul. Buchowieckiego 15 a



**OŚWIADCZENIE DO ODBIORU RECEPT
LUB ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE**

Ja niżej podpisany/podpisana* oświadczam, że:

A) upoważniam Pana/Panią *

peselnr telefonu

upoważniam Pana/Panią *

peselnr telefonu

upoważniam Pana/Panią *

peselnr telefonu

do odbioru recept lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby ortopedyczne

B) upoważniam osoby trzecie

C) nie upoważniam nikogo do odbioru moich recept lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne

.....
data i podpis pacjenta

Osoby upoważnione lub osoby trzecie zgłoszą się po recepty lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne z własnym dowodem osobistym

Ponadto oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści ww. danych oraz o prawie do ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania oraz o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

.....
data i podpis pacjenta

(* - niepotrzebne skreślić)