

IMIĘ I NAZWISKO NZOZ "SANA-MED" s.c
PESEL 32-300 Olkusz
ul. Buchowieckiego 15 a



**UPOWAŻNIENIE 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
do odbioru recept lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby ortopedyczne

upoważniam Pana/Panią *
peselnr telefonu

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 możliwości cofnięcia udzielonego oświadczenia.

.....
data i podpis pacjenta

(* - niepotrzebne skreślić)