

..... dnia | | | | | | | | | | r.
(miejscowość)

OŚWIADCZENIE
do odbioru recepty/zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne

Ja, niżej podpisany(a)

imię, nazwisko

.....

adres zamieszkania

PESEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | , legitymujący(a) się

nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

niniejszym oświadczam, że recepty lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne wystawione 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, mogą być odebrane przez dowolną osobę, która się po nie zgłosi.

.....
czytelny podpis pacjenta z podaniem imienia i nazwiska

Upoważnienie 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 (Dz. U. z 2018, poz. 617)