…… dnia |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|r.
(miejscowość)

UPOWAŻNIENIE
do odbioru recepty/zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne

Ja, niżej podpisany(a) .....
imię, nazwisko

.....
adres zamieszkania

PESEL |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| niniejszym upoważniam

1. ….…… ……
imię i nazwisko — nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

……... |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
adres zamieszkania — Data urodzenia

2. ….…… ……
imię i nazwisko — nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

……... |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
adres zamieszkania — Data urodzenia

3. ….…… ……
imię i nazwisko — nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

……... |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
adres zamieszkania — Data urodzenia

do odbioru recepty lub zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne 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 (Dz. U. z 2018, poz. 617)

……...
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).