

....., dnia201... r.
(miejsowość)

UPOWAŻNIENIE

do odbioru recepty/zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne*

Ja, niżej podpisany(a),.....

.....
(imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL)

niniejszym upoważniam

.....
(imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr dowodu tożsamości)

do odbioru recepty/ zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne*

.....
(czytelny podpis z podaniem imienia i nazwiska)

Podstawa prawna:

art. 42 ust. ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (j.t. Dz.U.2011.277.1634, z późn. zm.)

*niepotrzebne skreślić