

Upoważnienie do odbioru recept lub zlece

Ja, niżej podpisany(a):

Ur.:

zamieszkały(a) w:

legitymuję cy(a) się dokumentem:

Dane przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego

Nazwisko i imię :

PESEL:

Adres:

Telefon:

niniejszym upoważniam

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

do odbioru recept lub zlece 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 (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r. poz. 617 z późn. zm.).

.....
(czytelny podpis)

O świadczenie powyższe dołączam do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta, podstawa prawna: art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r. poz. 617 z późn. zm.).