

....., dnia r.
(miejscowość)

**UPOWAŻNIENIE
do odbioru recept lub zleceń**

Ja, niżej podpisany(a),
(imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL)

niniejszym upoważniam
(imię, nazwisko adres zamieszkania, nr PESEL)

do odbioru recept lub zleceń 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.

.....
(czytelny podpis)

Oświadczenie powyższe 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.