

**OŚWIADCZENIE DO ODBIORU
RECEPTY/ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE***

Imię i nazwisko pacjenta PESEL

Zamieszkały(a)

Niniejszym oświadczam, że recepty lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne wystawione przez poradnię
..... w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń/mojego małoletniego dziecka*
zgodnie z art.42 ust.2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity:
Dz.U.2018.617) mogą być odebrane przez dowolną osobę, która się po nie zgłosi.

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)

* stosowne podkreślić