

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

Imię i nazwisko pacjenta PESEL

Adres zamieszkania

Upoważniam Panią/Pana legitymującą/-ego się

dowodem osobistym Seria..... Nr

do odbioru recepty/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 dentystry (tekst jednolity: Dz.U.2018.617).

.....
(miejscowość)

.....
(data)

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

* stosowne podkreślić