

Kraków, dn.

Upoważnienie do odbioru recept lub zleceń

Ja, niżej podpisany(-a),

.....

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

legitymujący(-a) się:

.....

(rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość),

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.

.....

Podpis