

Poradnia Rodzinna „GK-MED”

ul. Jodłowa 25, 39-225 Jodłowa

tel. 14 672 63 23, 513 464 129, e-mail: gk-med@wp.pl

Data:

.....
Nazwisko i imię pacjenta

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL pacjenta

Upoważnienie do odbioru recepty / zlecenia

Upoważniam Pana/Panią, legitymującą się
nr PESEL do odbioru recepty lub zleceń na zaopatrzenie w wyroby
medyczne 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 2011 nr
277, poz. 1634 z późn zm.)

.....
czytelny podpis pacjenta

Upoważnienie 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 (tekst jedn. Dz.U. z 2011 nr 277, poz. 1634 z późn zm.)