

.....dnia.....20.....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
(tekst jedn.: Dz. U. z 2011r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.).**

.....
(czytelny podpis)

**Oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta,
podstawa prawna : art.42 ust.2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza
dentysty (tekst jedn.: Dz.U.z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.).**