

_____, dn. __.__.____ r.

OŚWIADCZENIE O SPOSOBIE REALIZACJI PRAWA DO ODBIORU RECEPT LUB ZLECEŃ

Ja, niżej podpisany/podpisana _____
(podać imię, nazwisko i datę urodzenia pacjenta)

upoważniam do odbioru recept lub zleceń (zaznaczyć X w odpowiednim polu):

[_____]

(podać imię, nazwisko i datę urodzenia osoby upoważnionej)

[] dowolną osobę, która się po nie zgłosi

[] nie upoważniam nikogo do odbioru

(podpis pacjenta)

Oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta, zgodnie z art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2017.125 j.t. ze zm.).

_____, dn. __.__.____ r.

OŚWIADCZENIE O SPOSOBIE REALIZACJI PRAWA DO ODBIORU RECEPT LUB ZLECEŃ

Ja, niżej podpisany/podpisana _____
(podać imię, nazwisko i datę urodzenia pacjenta)

upoważniam do odbioru recept lub zleceń (zaznaczyć X w odpowiednim polu):

[_____]

(podać imię, nazwisko i datę urodzenia osoby upoważnionej)

[] dowolną osobę, która się po nie zgłosi

[] nie upoważniam nikogo do odbioru

(podpis pacjenta)

Oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta, zgodnie z art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2017.125 j.t. ze zm.).