



(PIECZĘĆ ŚWIADCZENIODAWCY)

F – 365

.....
imię i nazwisko pacjenta

Miejscowość, dnia.....

.....
Nr PESEL

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

**Upoważnienie do odbioru recepty / zlecenia na zaopatrzenie
w wyroby medyczne**

Upoważniam

***1/** Panią/Pana

.....
imię i nazwisko upoważnionego

legitymującą/-ego się dokumentem tożsamości

.....
rodzaj i numer dokumentu tożsamości

***2/** osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób

do odbioru wystawionych dla mnie recept/ zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne*.

.....
*podpis pracownika rejestracji
lub lekarza*

.....
czytelny podpis pacjenta

Cofam upoważnienie dla Pani/ Pana

.....
imię i nazwisko upoważnionego

legitymującą/-ego się dokumentem tożsamości

rodzaj i numer dokumentu tożsamości

do odbioru wystawionych dla mnie recept/ zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne*.

.....
*podpis pracownika rejestracji
lub lekarza*

.....
czytelny podpis pacjenta

***niepotrzebne skreślić**