

NZOZ "Multi - Medyk" Sp. z o. o.
pl. Św. Macieja 8
50-244 Wrocław

Wrocław,

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

Ja, niżej podpisany (a)

.....

(imię i nazwisko, nr PESEL)

niniejszym upoważniam (imię i nazwisko)

(adres zamieszkania)

(nr dowodu osobistego)

do odbioru wystawionej na mnie recepty/zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne*.
Oświadczenie jest ważne do odwołania.

.....

(czytelny podpis imieniem i nazwiskiem pacjenta)

* niepotrzebne skreślić