

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

Wrocław, .....

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a) .....

.....

.....

(imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL)

niniejszym oświadczam, że wystawione na mnie recepty lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne\* mogą być odebrane przez osoby trzecie.

Oświadczenie jest ważne do odwołania.

.....  
(czytelny podpis imieniem i nazwiskiem pacjenta)

\* niepotrzebne skreślić