

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

Wrocław, .....

## **POTWIERDZENIE ODBIORU**

Ja niżej podpisany(a) .....

zam. ....

legitymujący(a) się dowodem tożsamości seria..... numer .....

działając z upoważnienia .....

(imię i nazwisko pacjenta)

potwierdzam odbiór recepty / zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne\*

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

\* niepotrzebne skreślić