

Upoważnienie do odbioru recept/zleceń

Dane upoważniającego Pacjenta:

Imię i nazwisko

adres.....

Pesel.....

Upoważniam Pana/Panią.....

Pesel.....do odbioru recept/zleceń medycznych.

.....
(Data i czytelny podpis pacjenta)