

Gminny Zespół Lecznictwa Otwartego w Kietrze

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU RECEPT LUB ZLECEŃ NA ŚRODKI
POMOCNICZE/WYROBY MEDYCZNE**

Ja....., pesel.....

upoważniam.....do odbioru:

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

- recept na leki
- zleceń na środki pomocnicze/wyroby medyczne

.....
Podpis pacjenta

Wydanie osobie upoważnionej recept bądź zleceń na środki pomocnicze/wyroby medyczne może nastąpić tylko za okazaniem dokumentu tożsamości.

Gminny Zespół Lecznictwa Otwartego w Kietrze

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU RECEPT LUB ZLECEŃ NA ŚRODKI
POMOCNICZE/WYROBY MEDYCZNE**

Ja....., pesel.....

upoważniam.....do odbioru:

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

- recept na leki
- zleceń na środki pomocnicze/wyroby medyczne

.....
Podpis pacjenta

Wydanie osobie upoważnionej recept bądź zleceń na środki pomocnicze/wyroby medyczne może nastąpić tylko za okazaniem dokumentu tożsamości.