

**UPOWAŻNIENIE
do odbioru recept lub zleceń**

Ja, niżej podpisany(a),

.....

.....
(imię, nazwisko, nr PESEL)

legitymujący(a) się

.....

(seria i numer dokumentu potwierdzającego powyższe dane)

niniejszym upoważniam

.....

.....
(imię, nazwisko, seria i numer dokumentu osoby upoważnionej)

do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń.

.....
(data i czytelny podpis)

Upoważnienie dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej ww. pacjenta.

Podstawa prawna: art. 42 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. 2017 poz. 125 z późn. zm.).