Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej w Ożarowie
27 – 530 Ożarów, Spacerowa 10
REGON: 29112443000020
Tel.: 15 86 11 019

Ożarów, dn. ……

Upoważnienie do odbioru recept lub zleceń

Ja, niżej podpisany (a): ……..

PESEL ……

zamieszkały (a) w: …….

legitymujący (a) się dokumentem: dowód osobisty nr i seria ……

niniejszym upoważniam ……

(imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL)

do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń, zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

……

(czytelny podpis)

Oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta …….. podstawa prawna: art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5.12.1996 r.

(imię i nazwisko)

o zawodach lekarza i lekarza dentysty