MALVITA
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

Grodzisk Maz., dnia ..... 20..... r.

UPOWAŻNIENIE

do odbioru recept, zleceń, badań

Ja, niżej podpisany(a)……..

PESEL……..

niniejszym upoważniam:

□ ……..

(imię oraz telefon osoby upoważnionej)

□ dowolną osobę, która się po nie zgłosi.

□ nikogo nie upoważniam

do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń. *(zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy z dn. 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.).*

……..

Czytelny podpis