

\_\_\_\_\_, dn. \_\_. \_\_. \_\_\_\_ r.

### **OŚWIADCZENIE O SPOSOBIE REALIZACJI PRAWA DO ODBIORU RECEPT LUB ZLECEŃ**

Ja, niżej podpisany/podpisana \_\_\_\_\_  
(podać imię, nazwisko i numer PESEL pacjenta)

upoważniam do odbioru recept lub zleceń (zaznaczyć X w odpowiednim polu):

\_\_\_\_\_  
(podać imię, nazwisko i numer PESEL osoby upoważnionej)

dowolną osobę, która się po nie zgłosi

nie upoważniam nikogo do odbioru

\_\_\_\_\_  
(podpis pacjenta)

Oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta, zgodnie z art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2017.125 j.t. ze zm.).

-----  
\_\_\_\_\_, dn. \_\_. \_\_. \_\_\_\_ r.

### **OŚWIADCZENIE O SPOSOBIE REALIZACJI PRAWA DO ODBIORU RECEPT LUB ZLECEŃ**

Ja, niżej podpisany/podpisana \_\_\_\_\_  
(podać imię, nazwisko i numer PESEL pacjenta)

upoważniam do odbioru recept lub zleceń (zaznaczyć X w odpowiednim polu):

\_\_\_\_\_  
(podać imię, nazwisko i numer PESEL osoby upoważnionej)

dowolną osobę, która się po nie zgłosi

nie upoważniam nikogo do odbioru

\_\_\_\_\_  
(podpis pacjenta)

Oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta, zgodnie z art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2017.125 j.t. ze zm.).