

IMIĘ I NAZWISKO

nr telefonu

PESEL

ADRES

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU RECEPT  
LUB ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE**

Ja niżej podpisany/podpisana\* oświadczam, że:

A) upoważniam Pana/Panią \* .....

PESEL .....

nr telefonu .....

upoważniam Pana/Panią \* .....

PESEL .....

nr telefonu .....

upoważniam Pana/Panią \* .....

PESEL.....

nr telefonu .....

**do odbioru recept lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby ortopedyczne**

B) upoważniam osoby trzecie

upoważniam Pana/Panią \* .....

PESEL.....

nr telefonu .....

**do odbioru recept lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby ortopedyczne**

C) nie upoważniam nikogo do odbioru moich recept lub zlecenia

na zaopatrzenie w wyroby medyczne

.....  
**data i podpis pacjenta**

Osoby upoważnione lub osoby trzecie zgłoszą się po recepty lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne z własnym dowodem osobistym

Ponadto oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości cofnięcia udzielonego oświadczenia.

.....  
**data i podpis pacjenta**

\*niepotrzebne skreślić