

Prywatne Centrum Usług Medycznych „Ako – Med” s. c.
42 – 700 Lubliniec, ul. Mickiewicza 14.

....., dnia201... r.
(miejsowość)

UPOWAŻNIENIE

do odbioru recepty/zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne*

Ja niżej podpisany/a

.....
.....

(imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL)

Oświadczam, że wystawione na mnie recepty lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne mogą być odebrane przez osoby trzecie.

Niniejszym upoważniam do odbioru recepty/ zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne*

Pana/ Panią

(imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL)

*niepotrzebne skreślić

.....

(czytelny podpis z podaniem imienia i nazwiska)

Prywatne Centrum Usług Medycznych „Ako – Med” s. c.
42 – 700 Lubliniec, ul. Mickiewicza 14.

....., dnia201... r.
(miejsowość)

UPOWAŻNIENIE

do odbioru recepty/zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne*

Ja niżej podpisany/a

.....
.....

(imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL)

Oświadczam, że wystawione na mnie recepty lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne mogą być odebrane przez osoby trzecie.

Niniejszym upoważniam do odbioru recepty/ zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne*

Pana/ Panią

(imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL)

*niepotrzebne skreślić

.....

(czytelny podpis z podaniem imienia i nazwiska)