



## **Upoważnienie do odbioru recept**

.....  
(Imię i nazwisko Pacjenta składającego oświadczenie)

.....  
(nr PESEL)

.....  
(Adres zamieszkania, tel. kontaktowy)

### **Oświadczam, że upoważniam do odbioru recept:**

.....  
.....  
(Imię i nazwisko, nr PESEL osoby upoważnionej)

.....  
.....  
(Adres zamieszkania, osoby upoważnionej)

.....  
Data i podpis Pacjenta

Oświadczenie jest ważne:

jednorazowo

do odwołania