 EMC EMC Instytut Medyczny S.A.	Zespół Przychodni FORMICA	Data wydania. 02.01.2015
	F-087	
	Upoważnienie do odbioru recepty/zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne	Nr wydania 1

Miejscowość, dnia.....

.....
 Imię i nazwisko pacjenta

.....
 Nr PESEL

.....
 Adres zamieszkania

.....
 Telefon kontaktowy

PIECZĘĆ
 ŚWIADCZENIODAWCY

**Upoważnienie do odbioru recepty/ zlecenia na zaopatrzenie
 w wyroby medyczne**

Upoważniam

*1/ Panią/Pana
imię i nazwisko upoważnionego

legitymującą/-ego się dokumentem tożsamości.....
rodzaj i numer dokumentu tożsamości

2/ osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób do odbioru wystawionych dla mnie recept/ zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

.....
*podpis pracownika rejestracji
 lub lekarza*

.....
czytelny podpis pacjenta

Cofam upoważnienie dla Pani/ Pana.....
imię i nazwisko upoważnionego


legitymującą/-ego się dokumentem tożsamości.....
rodzaj i numer dokumentu tożsamości

do odbioru wystawionych dla mnie recept/ zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne*.

.....
*podpis pracownika rejestracji
 lub lekarza*

.....
czytelny podpis pacjenta

***niepotrzebne skreślić**

 EMC EMC Instytut Medyczny S.A.	Zespół Przychodni FORMICA	Data wydania. 02.01.2015
	F-087	
	Upoważnienie do odbioru recepty/zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne	Nr wydania 1

Miejscowość, dnia.....

.....
 Imię i nazwisko pacjenta

.....
 Nr PESEL

.....
 Adres zamieszkania

.....
 Telefon kontaktowy

PIECZĘĆ ŚWIADCZENIODAWCY

**Upoważnienie do odbioru recepty/ zlecenia na zaopatrzenie
 w wyroby medyczne**

Upoważniam

*1/ Panią/Pana.....
imię i nazwisko upoważnionego

legitymującą/-ego się dokumentem tożsamości.....
rodzaj i numer dokumentu tożsamości

2/ osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób do odbioru wystawionych dla mnie recept/ zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

.....
*podpis pracownika rejestracji
 lub lekarza*

.....
czytelny podpis pacjenta

Cofam upoważnienie dla Pani/Pana.....
imię i nazwisko upoważnionego

legitymującą/-ego się dokumentem tożsamości.....
rodzaj i numer dokumentu tożsamości

do odbioru wystawionych dla mnie recept/ zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne*.

.....
*podpis pracownika rejestracji
 lub lekarza*

.....
czytelny podpis pacjenta

***niepotrzebne skreślić**