

_____, dn. _____.____.202__ r.

OŚWIADCZENIE O SPOSOBIE REALIZACJI PRAWA DO ODBIORU RECEPT LUB ZLECEŃ

Ja, niżej podpisana / niżej podpisany (proszę wskazać imię, nazwisko i datę urodzenia pacjenta)

w zakresie dotyczącym recept lub zleceń (proszę zaznaczyć X w odpowiednim polu niżej):

upoważniam do odbioru (proszę wskazać imię, nazwisko i datę urodzenia osoby upoważnionej):

upoważniam do odbioru dowolną osobę, która zgłosi się po receptę lub zlecenie,

nie upoważniam do odbioru nikogo.

(podpis pacjenta)

Oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta, zgodnie z art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2020.514 t.j. ze zm.).

_____, dn. _____.____.202__ r.

OŚWIADCZENIE O SPOSOBIE REALIZACJI PRAWA DO ODBIORU RECEPT LUB ZLECEŃ

Ja, niżej podpisana / niżej podpisany (proszę wskazać imię, nazwisko i datę urodzenia pacjenta)

w zakresie dotyczącym recept lub zleceń (proszę zaznaczyć X w odpowiednim polu niżej):

upoważniam do odbioru (proszę wskazać imię, nazwisko i datę urodzenia osoby upoważnionej):

upoważniam do odbioru dowolną osobę, która zgłosi się po receptę lub zlecenie,

nie upoważniam do odbioru nikogo.

(podpis pacjenta)

Oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta, zgodnie z art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2020.514 t.j. ze zm.).