

..... dnia ..... r.  
(miejscowość)

**UPOWAŻNIENIE  
do odbioru recept lub zleceń**

Ja, niżej podpisany(a),

.....  
(imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL)  
legitymujący(a) się

.....  
(rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego powyższe dane)

niżejszym upoważniam

.....  
(imię, nazwisko adres zamieszkania, nr PESEL)

do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do  
świadceń, zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach  
lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn.  
zm.).

.....  
(czytelny podpis)

Oświadczenie dotacza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej  
pacjenta ..... podstawa prawna: art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia  
1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 277,  
poz. 1634 z późn. zm.).