 F-002/INM/018

...................................., dnia......................201…r.

DANE PACJENTA:

............................................................................................. Forma złożenia:

imię i nazwisko pacjenta Ustnie

v

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Pisemnie

v

PESEL pacjenta lub dana urodzenia opcjonalnie

* Upoważniam do odbioru recept lub zleceń:

................................................................................................................................

Imię i nazwisko

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL lub opcjonalnie data urodzenia

Dane kontaktowe…………………………………………………..

…….............................................................

podpis pacjenta lub osoby przyjmującej ustne oświadczenie

* Recepty lub zlecenia mogą być odbierane przez dowolne osoby działające w moim imieniu

Oświadczenie niniejsze dotyczy Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz Poradni Specjalistycznych.

…………......................................................

podpis pacjenta lub osoby przyjmującej ustne oświadczenie