Samodzielny Publiczny ..................................................................

Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej (miejscowość, data)

w Bochni

32-700 Bochnia, ul. Floris 16

tel 14 6117028

REGON: 851736920

**Upoważnienie do odbioru recept lub zleceń**

**Ja, niżej podpisany(a):** .......................................................................

PESEL:

zamieszkały(a)w : .........................................................................

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

niniejszym

upoważniam: ..........................................................................

(imię i nazwisko)

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

(adres zamieszkania)

(nr PESEL)

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

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

(czytelny podpis)

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