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

Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej (miejscowość, data)

w Bochni

32-700 Bochnia, ul. Floris 16

tel 14 6117028

REGON: 851736920

**Oświadczenie o sposobie realizacji prawa**

**do odbioru recept lub zleceń**

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

 PESEL:

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

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

 legitymujący(a)

 się dokumentem: ..........................................................................

Niniejszym oświadczam, że recepty lub zlecenia wystawione w ramach realizacji mojego prawa do swiadczeń, zgodnie z art. 42 ust. 2 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 pózn. zm.), mogą być odebrane przez dowolną osobę, która się po nie zgłosi.

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

 (czytelny podpis)

Oswiadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji indywidualnej, wewnetrznej 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 pózn. zm.).