

NZOZ Med 8 Miechowice
41-908 Bytom
ul. Stolarzowicka 108

Upoważnienie stałe do do obioru:
x - recept, x - zleceń, x – skierowań

Ja, niżej podpisany(a):.....

Ur.:

zamieszkały(a) w:

.....

Podpis

niniejszym upoważniam: (imię, nazwisko, adres zamieszkania, NR Pesel lub datę ur.)

1. Nazwisko, imię:

Adres:

2. Nazwisko, imię:

Adres:

Do odbioru recept, zleceń, skierowań, wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń, 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 późn. zm.).

Oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji indywidualnej medycznej wewnętrznej w/w. 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.).