

Upoważnienie

Ja niżej podpisany
oświadczam, że recepta/zlecenie/wydruk* wystawiony z pominięciem osobistego kontaktu
z lekarzem / pielęgniarką*, może zostać odebrany przez każdą osobę, która zgłosi się po ich odbiór,
zgodnie z

Jestem świadomy(a)*, że złożone przez mnie oświadczenie może zostać w każdym czasie odwołane
lub zmienione.

Jednocześnie jestem świadomy o tym, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nie ponosi
odpowiedzialności za niezgodne z prawem wykorzystanie recept / zleceń/ wydruków przez osoby,
które odebrały receptę/zlecenie/wydruk*.

.....
czytelny podpis