

.....  
(miejscowość i data)

**UPOWAŻNIENIE**  
do odbioru recept na leki stałe lub zleceń

Ja niżej podpisany (-a) .....  
(imię i nazwisko, PESEL)

upoważniam Pana/Panią:

1) .....  
(imię i nazwisko, adres, PESEL)

2) .....  
(imię i nazwisko, adres, PESEL)

3) .....  
(imię i nazwisko, adres, PESEL)

do odbioru recept na leki stałe lub zleceń 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 dentysty.

.....  
(czytelny podpis)