

UPOWAŻNIENIE DO OBIORU RECEPTY

Ja niżej podpisany (podpisana).....,
pesel..... upoważniam Pana (Panią)
....., legitymującego (legitymującą) się
dowodem osobistym lub inny dokument tożsamości, np. paszportu o numerze
....., nr PESEL, do odbioru
recept/y, wystawionej przez lekarza poradni

.....
(data i czytelny podpis)

Receptę wydano dnia

.....
(czytelny podpis osoby wydającej)

Potwierdzam odbiór recepty.

.....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej)