

.....  
(pieczęćka poradni)

.....  
(miejsowość, data )

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU RECEPT LUB ZLECEŃ

Ja: .....  
(imię i nazwisko pacjenta, opiekuna prawnego) (PESEL) (seria i numer dokumentu)

zamieszkały (a) w : ..... nr. telefonu kontaktowego: .....

niniejszym upoważniam:

1. Panią/ Pana .....  
(imię i nazwisko) (PESEL)

2. Panią/ Pana .....  
(imię i nazwisko) (PESEL)

do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji prawa do świadczeń mojego dziecka: .....,  
(imię i nazwisko dziecka)  
zgodnie z art.42 ust.2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r., o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2011r. Nr 277, poz. 1634 z późn.zm).

.....  
(czytelny podpis)

Oświadczenie powyższe dotacza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta .....  
(imię i nazwisko dziecka)

Podstawa prawna: art.42 ust.4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2011r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.).

---