

OŚWIADCZENIE

Ja,..... PESEL:

Imię i nazwisko pacjenta

oświadczam iż:

1) upoważniam.....

Imię i nazwisko oraz data urodzenia upoważnionego

do odbioru recept i/lub zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne wystawionych przez lekarzy Krzeszowickiego Centrum Zdrowia w celu kontynuacji mojego leczenia.*

2) recepty i/lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne wystawione przez lekarzy Krzeszowickiego Centrum Zdrowia w celu kontynuacji mojego leczenia mogą być odebrane przez osobę która zgłosi się po ich odbiór.*

DataPodpis pacjenta.....

*Niepotrzebne skreślić