

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU RECEPT

Ja, _____ (imię i nazwisko), _____ (PESEL)

upoważniam poniżej wskazane poniżej osoby mi bliskie do odbioru moich recept:

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

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

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

Upoważnienie jest ważne do odwołania.

DATA

PODPIS