Załącznik nr.2

ZOZ WŁOSZCZOWA

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU RECEPT

Ja, niżej podpisany(a):

Imię i nazwisko pacjenta: .....
PESEL: .....
Adres zamieszkania: .....

niniejszym upoważniam:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej: .....
PESEL: .....
Seria i numer dowodu osobistego: .....
Stopień pokrewieństwa (jeśli dotyczy): .....

do odbioru **recept(y)** w moim imieniu w:

- przychodni / gabinecie lekarskim / placówce medycznej

Zakres upoważnienia:

☐ Jednorazowe

☐ Wielokrotne (ważne do dnia: _____

Miejscowość i data: .....

Podpis pacjenta: _____

Proszę o powtórzenie następujących leków:

Lp.	PEŁNA NAZWA LEKU	DAWKA LEKU	ILOŚĆ OPAKOWAŃ	ILOŚĆ PRZYJMOWANYCH TABLETEK DZIENNIE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

.....

(podpis Pacjenta/ Osoby upoważnionej)