



Lp.

Formularz przekazania recept lub zleceń

Upoważnienie Pacjenta

Nazwisko i imię pacjenta:

Adres:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Upoważniam:

Nazwisko i imię:

Adres:

każdą osobę trzecią,

by recepty niezbędne do kontynuacji leczenia lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne wystawione dla mnie, przez lekarzy wszystkich Poradni w Mościckim Centrum Medycznym sp. z o.o., 33-101 Tarnów ul. E. Kwiatkowskiego 15

za wyjątkiem.....

były odebrane przez wyżej wskazaną/e osobę/y.

.....
data

.....
podpis pacjenta