

## UPOWAŻNIENIE

**Dotyczy: odbioru recept , kodu do e- recept , zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne**

**Ja, niżej podpisany/a:**

.....  
(imię nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania, PESEL, )

Legitymujący/a się :.....

(rodzaj, seria i nr dokumentu potwierdzającego powyższe dane)

**Upoważniam Panią/ Pana:** .....

( imię , nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania, PESEL, )

do odbioru recept, kodu do e- recept, zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń.

## OŚWIADCZENIE

**Dotyczy: odbioru recept, kodu do e- recept , zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne przez osoby trzecie bez szczegółowego określenia tych osób.**

Oświadczam, że recepty, kody do e- recept oraz zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, wystawione dla mnie w ramach kontynuacji leczenia mogą być odbierane przez osoby trzecie, bez szczegółowego określenia tych osób.

Przyjmuję do wiadomości i rozumiem, że ze względu na brak wskazania konkretnych osób, muszę zachować szczególną ostrożność , tak aby nie doszło do sytuacji, w której receptę lub zlecenie odbierze i zrealizuje osoba nieuprawniona.

.....  
( data i czytelny podpis pacjenta)