

Nazwisko i imię
PESEL
Adres zamieszkania

Oświadczenie

Upoważniam bezterminowo / na okres od do.....*

.....
(nazwisko i imię adres zamieszkania)

.....
(nazwisko i imię adres zamieszkania)

.....
(nazwisko i imię adres zamieszkania)

do odbioru moich recept
w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Medycyna Rodzinna w Grójcu.

.....
(data i podpis pacjenta)

*niepotrzebne skreślić