

....., dn. .... 20.... r..

PESEL .....

(imię i nazwisko małoletniego, adres, PESEL)

PESEL .....

(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego, adres, PESEL)

### **Upoważnienie**

przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego dla wskazanej osoby do odbioru recept  
wystawionych dla małoletniego

Upoważniam niżej wymienione osoby do odbioru recept wystawionych dla mojego dziecka  
w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Medycyna Rodzinna w Grójcu:

.....  
.....  
.....  
(imię i nazwisko osoby upoważnionej, adres PESEL)

.....  
(podpis przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego)