

....., dnia20.... r

UPOWAŻNIENIE

**do odbioru recepty/wyników badań/zlecenia na zaopatrzenie w wyroby
medyczne**

Ja, niżej podpisany/a(imię,nazwisko, PESEL)

niniejszym upoważniam(imię, nazwisko, PESEL)

do odbioru recepty/ wyników badań/ zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne

Upoważnienie jest jednorazowe.

.....

(Czytelny podpis z podaniem imienia i nazwiska)

....., dnia20.... r

UPOWAŻNIENIE

**do odbioru recepty/wyników badań/zlecenia na zaopatrzenie w wyroby
medyczne**

Ja, niżej podpisany/a(imię,nazwisko, PESEL)

niniejszym upoważniam(imię, nazwisko, PESEL)

do odbioru recepty/ wyników badań/ zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne

Upoważnienie jest jednorazowe.

.....

(Czytelny podpis z podaniem imienia i nazwiska)