UPOWAŻNIENIE

Ja, …………………………………… nr PESEL …………………………………. upoważniam …………………………………………… legitymująca/-y się

 (imię i nazwisko pacjenta) (PESEL pacjenta) (imię i nazwisko osoby upoważnionej)

 dowodem osobistym ………………………….. do odbioru recepty w formie papierowej od lekarza ……………………………………………….

 (nr i seria dowodu osobistego) (imię i nazwisko lekarza)

W przychodni Rodzina Med Sp. z o.o. przy ul. A. Mickiewicza 31 w Poznaniu.

…………………………………………………………

(podpis mocodawcy)

UPOWAŻNIENIE

Ja, …………………………………… nr PESEL …………………………………. upoważniam …………………………………………… legitymująca/-y się

 (imię i nazwisko pacjenta) (PESEL pacjenta) (imię i nazwisko osoby upoważnionej)

 dowodem osobistym ………………………….. do odbioru recepty w formie papierowej od lekarza ……………………………………………….

 (nr i seria dowodu osobistego) (imię i nazwisko lekarza)

W przychodni Rodzina Med Sp. z o.o. przy ul. A. Mickiewicza 31 w Poznaniu.

…………………………………………………………

(podpis mocodawcy)

UPOWAŻNIENIE

Ja, …………………………………… nr PESEL …………………………………. upoważniam …………………………………………… legitymująca/-y się

 (imię i nazwisko pacjenta) (PESEL pacjenta) (imię i nazwisko osoby upoważnionej)

 dowodem osobistym ………………………….. do odbioru recepty w formie papierowej od lekarza ……………………………………………….

 (nr i seria dowodu osobistego) (imię i nazwisko lekarza)

W przychodni Rodzina Med Sp. z o.o. przy ul. A. Mickiewicza 31 w Poznaniu.

…………………………………………………………

(podpis mocodawcy)

UPOWAŻNIENIE

Ja, …………………………………… nr PESEL …………………………………. upoważniam …………………………………………… legitymująca/-y się

 (imię i nazwisko pacjenta) (PESEL pacjenta) (imię i nazwisko osoby upoważnionej)

 dowodem osobistym ………………………….. do odbioru recepty w formie papierowej od lekarza ……………………………………………….

 (nr i seria dowodu osobistego) (imię i nazwisko lekarza)

W przychodni Rodzina Med Sp. z o.o. przy ul. A. Mickiewicza 31 w Poznaniu.

…………………………………………………………

(podpis mocodawcy)