

Data:

Imię i nazwisko pacjenta:

Numer PESEL pacjenta:

OŚWIADCZENIE

Na podstawie art. 42 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634 ze zm.), będąc pacjentem SPOZOZ PIASTUN, niniejszym oświadczam, że recepty niezbędne do kontynuacji leczenia oraz zlecenia oraz zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, wystawione przez lekarzy SPZOZ PIASTUN bez dokonania osobistego badania, gdy będzie to uzasadnione moim stanem zdrowia, odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej – **mogą być odebrane przez wszelkie osoby trzecie**

Jednocześnie, przyjmuję do wiadomości, że ww. recepty i/lub zlecenia będą wydawane wszelkim osobom trzecim, jeśli wskażą one moje dane identyfikujące (imię, nazwisko, numer PESEL) oraz przeznaczony do odbioru rodzaj dokumentu.

.....
Czytelny podpis pacjenta

Podpis pracownika SPZOZ PIASTUN

w obecności którego złożone upoważnienie: