

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej VITA-MED Spółka z o.o.,**  
ul. Tysiąclecia 3, 41-933 Bytom  
tel. 32 286 57 42, e-mail: vitamed11@poczta.onet.pl

Data: .....

.....  
Nazwisko i imię pacjenta

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL pacjenta

### **Upoważnienie do odbioru recepty / zlecenia**

Upoważniam Pana/Panią ....., legitymującą się  
nr PESEL ..... do odbioru recepty lub zleceń na zaopatrzenie w wyroby  
medyczne wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń, zgodnie z art. 42 ust. 2  
ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz.U. z 2011 nr  
277, poz. 1634 z późn zm.)

.....  
czytelny podpis pacjenta

Upoważnienie dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta, podstawa prawna: art. 42 ust. 4 ustawy  
z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz.U. z 2011 nr 277, poz. 1634 z późn zm.)