

Jelenia Góra, dnia

**OŚWIADCZENIE O SPOSOBIE REALIZACJI PRAWA DO ODBIORU RECEPT
ZLECEŃ LUB DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja, niżej
podpisany/podpisana
(podać imię, nazwisko i datę urodzenia pacjenta)

upoważniam do odbioru recept lub zleceń (zaznaczyć X w odpowiednim polu):

[]
(podać imię, nazwisko i datę urodzenia osoby upoważnionej)

[] dowolną osobę, która się po nie zgłosi

(podpis pacjenta)

Oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta, zgodnie z art. 42 ust. 4 z dnia 5 grudnia 1996r. O zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2017. 125 j.t. ze zm.)



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Promed Sp. z o.o.

ul. L. Różyckiego 6
58-506 Jelenia Góra

NIP: 611-23-69-825
REGON: 230914124

KRS: 000012728
Kapitał zakładowy: 50 000 PLN

Spółka jest podmiotem leczniczym prowadzącym przedsiębiorstwo lecznicze Zakład Medyczny wpisane do Rejestru Wojewody Dolnośląskiego pod nr 000000001691

tel. +48 75 64 17 100 | www.e-promed.pl