



## UPOWAŻNIENIE

Upoważniam .....

( Imię i nazwisko )

.....

( adres zamieszkania, telefon kontaktowy )

do odbioru wyżej zamówionych recept na leki, które wystawiono w Zespole Lecznictwa Otwartego Sp. z o. o. w Jaworznie.

.....  
Podpis pacjenta

Jaworzno, dnia.....

Podpis osoby odbierającej receptę

\*właściwe podkreślić