

INSTYTUT GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC W WARSZAWIE

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU LEKU

Data wystawienia upoważnienia:

Imię i nazwisko osoby upoważniającej (pacjenta):

PESEL osoby upoważniającej: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Upoważniam w moim imieniu do odbioru leku

jednorazowo*

wielorazowo, * ale nie dłużej niż do _____ 2020r.

*zaznaczyć właściwe

Panią / Pana

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

PESEL osoby upoważnionej: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Czytelny podpis osoby upoważniającej (pacjenta)

WYPEŁNIA PRACOWNIK MEDYCZNY INSTYTUTU:

Pieczętka i podpis osoby odbierającej upoważnienie:

Data przyjęcia upoważnienia:

UWAGA!

Upoważnienie należy dołączyć do historii choroby pacjenta