

....., dnia 20..... r.
(miejscowość)

OŚWIADCZENIE
o sposobie realizacji prawa do odbioru recept lub zleceń

Ja, niżej podpisany(a),

.....
(imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL)

legitymujący(a) się

.....
(rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego powyższe dane)

niniejszym oświadczam, że recepty lub zlecenia wystawione 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 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.), mogą być odebrane przez dowolną osobę, która się po nie zgłosi.

.....
(czytelny podpis)

Oświadczenie powyższe 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 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.).