

**Przychodnia Lekarska WAT SP ZOZ w Warszawie**

**Nazwisko lekarza pierwszego kontaktu:** .....

**Nazwa leku i / lub wyrobu medycznego:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*wypełnić drukowanymi literami*

.....  
*imię, nazwisko, PESEL pacjenta*

.....  
*data, czytelny podpis pacjenta*

**Upoważniam do odbioru recepty i / lub zlecenia na wyroby medyczne :**

.....  
*Nazwisko, imię*

.....  
*Czytelny podpis pacjenta*

Oświadczam, że recepty lub zlecenia na wyroby medyczne mogą być odebrane przez osoby trzecie bez  
szczegółowego określania tych osób.

.....  
*Czytelny podpis pacjenta*