SAMODZIELNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W BIAŁYM DUNAJCU

Ul. Jana Pawła II 201 Biały Dunajec,…………………….

34-425 Biały Dunajec

182073591, 730012293

**Oświadczenie o sposobie realizacji praw do odbioru recept lub zleceń**

Ja, niżej podpisany(a): …………………………………………………………………………………………………………….

PESEL: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Zamieszkały(a) w: ……………………………………………………………………………………………………………………

Legitymujący(a) się dokumentem: ………………………………………………………………………………………….

**Dane przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego**

Nazwisko i imię: ………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefon: ………………………………………………………………………………………………………………………………….

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 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2018r. poz. 617 z póź. 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 z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarz dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2018r. poz. 617 z późn. zm.).