

Proszę wypełnić **DRUKOWANYMI LITERAMI** Wrocław, dnia.....

Imię i nazwisko:.....

Numer PESEL:..... TELEFON:

Lp.	Nazwa leku / wyrobu medycznego	Ilość opakowań
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

ODBIÓR

Wystawione recepty na leki / zlecenia na wyroby medyczne wydawane są w rejestracji, **dnia następnego od godziny 15:00-18:00** lub w każdy kolejny dzień roboczy w godzinach 7:00-18:00, osobiście za okazaniem dokumentu tożsamości, lub poprzez osobę drugą z pisemnym upoważnieniem od pacjenta.

PEŁNOMOCNICTWO

Upoważniam, legitymującego się dowodem osobistym
Imię i nazwisko

..... do odbioru recept/zleceń na wyroby medyczne z Dolnośląskiego

Seria i nr
Centrum Medycznego DOLMED S.A.

.....
Podpis pacjenta

.....
Data odbioru

.....
Podpis osoby odbierającej

Proszę wypełnić **DRUKOWANYMI LITERAMI** Wrocław, dnia.....

Imię i nazwisko:.....

Numer PESEL:..... TELEFON:

Lp.	Nazwa leku / wyrobu medycznego	Ilość opakowań
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

ODBIÓR

Wystawione recepty na leki/zlecenia na wyroby medyczne wydawane są w rejestracji, **dnia następnego od godziny 15:00-18:00** lub w każdy kolejny dzień roboczy w godzinach 7:00-18:00, osobiście za okazaniem dokumentu tożsamości, lub poprzez osobę drugą z pisemnym upoważnieniem od pacjenta.

PEŁNOMOCNICTWO

Upoważniam, legitymującego się dowodem osobistym
Imię i nazwisko

..... do odbioru recept/zleceń na wyroby medyczne z Dolnośląskiego

Seria i nr
Centrum Medycznego DOLMED S.A.

.....
Podpis pacjenta

.....
Data odbioru

.....
Podpis osoby odbierającej