

**UPOWAŻNIENIE do odbioru recepty/wyników badań/zlecenia na zaopatrzenie
w wyroby medyczne w COR-MED M&S Diallo Sp.j.**

Imię i nazwisko pacjenta..... nr PESEL

Adres zamieszkania.....

Ja niżej podpisany

upoważniam Panią/Pana nr PESEL

Adres zamieszkania.....

do odebrania recepty/wyników badań/zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne
w COR-MED M&S Diallo Spółka Jawna w Przemkowie.

Upoważnienie jest jednorazowe/stałe *

.....

Data i czytelny podpis pacjenta