

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
PESEL

.....
Rodzaj, seria i/lub numer dokumentu tożsamości

.....
Adres zamieszkania

Upoważnienie*

do odbioru przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego,
z wyłączeniem środków przysługujących comiesięcznie

Ja niżej podpisany/a upoważniam

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

legitymującego/ą się

Rodzaj, seria i/lub numer dokumentu tożsamości

zamieszkałego/ą.....

Adres zamieszkania osoby upoważnionej

do odebrania

Nazwa przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego

.....
*Czytelny podpis świadczeniobiorcy
lub jego przedstawiciela ustawowego*

* Upoważnienie nie może być wystawione na świadczeniodawcę, który zawarł z Funduszem umowę na realizację zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, ani żadna z osób przez niego zatrudnionych lub udzielających świadczeń w jego imieniu, lub którym udzielanie świadczeń powierzył.