

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
PESEL

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

.....
Adres zamieszkania

Upoważnienie*

do odbioru wyrobu medycznego;
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 wyrobu medycznego

.....
*Data, czytelny podpis świadczeniobiorcy lub jego
przedstawiciela ustawowego*

* Upoważnienie nie może być wystawione na świadczeniodawcę, który zawarł z Funduszem umowę, ani żadną z osób przez niego zatrudnionych lub udzielających świadczeń w jego imieniu, lub którym udzielanie świadczeń powierzył.

** Upoważnienie ważne jest 7 dni.