

Centrum Medyczne Medica Sp. z o.o., ul. Chemików 7, 09-411 Płock  
NIP: 774-22-81-558; REGON: 610381010

## Upoważnienie do odbioru recept

.....  
(Imię i nazwisko Pacjenta składającego oświadczenie)

.....  
(nr PESEL)

.....  
(Adres zamieszkania, tel. kontaktowy)

### Oświadczam, że upoważniam:

.....  
.....  
(Imię i nazwisko, nr PESEL osoby upoważnionej)

.....  
.....  
(Adres zamieszkania, osoby upoważnionej)

.....  
Data

.....  
podpis Pacjenta