



F.APT.2 UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU LEKU

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego
ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań



Wydanie 1

Obowiązuje od 09.10.2023

Strona 1/1

Dane pacjenta

Imię i nazwisko:

PESEL

Adres zamieszkania

.....

Upoważnienie

Ja niżej podpisana/y upoważniam Pana/Panią

legitymując-ego/ą się dokumentem tożsamości seria nr do odbioru zleconych mi
leków wydawanych przez Aptekę Szpitalną Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego.

Upoważnienie:

obowiązuje w okresie od do

jest udzielone na czas nieokreślony i jest ważne do odwołania

.....
(Data i czytelny podpis pacjenta)

**Szpital jest zobowiązany do ustalenia tożsamości osoby odbierającej lek
na podstawie niniejszego upoważnienia**