

.....
Miejscowość, data

.....
Nazwisko, imię pacjenta

.....
Adres, tel. kontaktowy

PESEL:

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU LEKU Z APTEKI SZPITALNEJ
CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII W BYSTREJ**

Upoważniam

.....
*Dane osoby upoważnionej, adres ,nr PESEL**

do odbioru leku

wpisać nazwę leku

z Apteki szpitalnej Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej

.....
Data i czytelny podpis **pacjenta**

Zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach ochrony i przetwarzania danych osobowych obowiązujących w CPiT w Bystrej (*Podstawa prawna : art. 13 RODO*).

.....
Data i czytelny podpis **osoby upoważnionej**

Wypełnia pracownik Apteki Szpitalnej.

Tożsamość osoby odbierającej w imieniu pacjenta lek z Apteki szpitalnej stwierdzono na podstawie:.....

.....
Podać nazwę i numer dokumentu tożsamości ze zdjęciem lub nazwę dokumentu potwierdzonego notarialnie/administracyjnie

.....
Data i podpis pracownika odbierającego upoważnienie

* *W przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu tożsamości ze zdjęciem*