



**Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej**

43-360 Bystra, ul. J. Fałata 2

NIP 937 00 10 797 REGON 000640923

TELEFON +48 33 4991 801

EMAIL sekretariat@szpitalbystra.pl

WWW.szpitalbystra.pl

---

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU LEKU Z APTEKI SZPITALNEJ**

Ja niżej podpisany/a .....  
imię i nazwisko czytelnie

nr PESEL: □□□□□□□□□□□□

upoważniam .....  
imię i nazwisko czytelnie

nr PESEL: □□□□□□□□□□□□

do odbioru leku z Apteki Szpitalnej .....  
.....  
wpisać nazwę leku

.....  
data, czytelny podpis osoby upoważniającej

---

**Wypełnia pracownik Apteki Szpitalnej  
Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej**

Tożsamość osoby odbierającej lek z Apteki Szpitalnej zgodnie z upoważnieniem, potwierdzam na podstawie okazania dokumentu tożsamości ze zdjęciem.

.....  
data, podpis pracownika Apteki Szpitalnej

Potwierdzam odbiór leku.

.....  
data, czytelny podpis osoby upoważnionej