

Płock, dnia

UPOWAŻNIENIE
do odbioru recept

Ja, niżej podpisany(a),.....

.....

(imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL)

niniejszym upoważniam

.....

(imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL)

do odbioru recept.

Upoważnienie jest jednorazowe / stałe *

.....

(czytelny podpis z podaniem imienia i nazwiska)

Administratorem danych osobowych jest Med-Jar s.c. (Płock, ul. Armii Krajowej 2A). Dane osobowe przetwarzane będą w związku z upoważnieniem do odbioru recepty. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz możliwość ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe i wynika z ustawy z dnia 5 grudnia 1996r.

*niepotrzebne skreślić