

....., dnia ..... 20.... r.  
(miejscowość)

**OŚWIADCZENIE  
o odebraniu recept lub zleceń**

Ja, niżej podpisany(a),

.....  
(imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL)  
legitymujący(a) się

.....  
(rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego powyższe dane)

niniejszym oświadczam, że odebrałem(am) recepty lub zlecenia wystawione w dniu  
..... 20.... r. w ramach udzielenia świadczenia Panu(i)  
....., zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996  
r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz.  
1634 z późn. zm.).

.....  
(czytelny podpis)