

**Zmocnění k vyzvednutí
receptu/poukazu na zdravotní pomůcku/žádanky na vyšetření**

Já, níže podepsaný, pacient:

jméno a příjmení _____

datum narození/číslo pojištěnce (RČ) _____ / _____

bytem _____

kontaktní telefon _____

tímto zmocňuji níže uvedenou osobu (dále jen „zmocněná osoba“), aby pro mne vyzvedla recept/poukaz na zdravotní pomůcku/žádanku na vyšetření předepsaný pro moji osobu u poskytovatele zdravotních služeb Androgeos, spol. s r.o., IČ 27089045, se sídlem Na Valech 4/289, 160 00, Praha 6, zapsaného v OR vedeném Městským soudem v Praze pod sp. zn. C 95425 (dále jen „Poskytovatel“):

jméno a příjmení _____

datum narození _____

bydliště _____

Toto zmocnění uděluji do odvolání, které učiním vůči Poskytovateli prokazatelně písemnou formou. Zmocnění uděluji na základě vlastního požadavku a po pečlivém zvážení všech rizik, která s sebou toto řešení nese, a souhlasím s tím, že se zmocněná osoba dozví informace uvedené na receptu/poukazu/žádance.

_____ datum

_____ jméno pacienta (hůlkovým písmem) a podpis