

Fuldmagt til afhentning af receptoversigt

Mit navn: _____

Adresse: _____

CPR-nr.: _____

Jeg giver samtykke til, at

(afhenters navn)

må få udleveret min receptoversigt

Dato: _____

Underskrift _____

Fuldmagten vil blive opbevaret af apoteket og er gældende i 5 år medmindre, jeg vælger at tilbagekalde den inden da.