

Fuldmagt til afhentning af medicin samt receptoversigt

Mit navn: _____

Adresse: _____

CPR-nr.: _____

Jeg giver samtykke til, at

(afhenters navn)

må få udleveret min medicin samt receptoversigt

Dato: _____

Underskrift _____

Fuldmagten vil blive opbevaret af apoteket og er gældende indtil undertegnede vælger at tilbagekalde den.