

Medicina di Gruppo BericaMed – Corso Padova 43, Vicenza

DELEGA CONTINUATIVA E FIDUCIARIA AL RITIRO DI PRESCRIZIONI E RICETTE

Io sottoscritto/a
nato/a a
il
CF:

delego

il mio coniuge:

i miei prossimi congiunti (figli o familiari):
.....
.....
.....

altro soggetto: indicare nome e cognome
.....
e luogo e data di nascita
.....

al ritiro in mia vece delle ricette e le prescrizioni mediche emesse / intestate a mio nome tramite consegna fiduciaria in mani proprie, senza necessità di utilizzo di busta chiusa.

Autorizzo pertanto il mio medico curante o il personale che collabora nello studio medico a procedere alla consegna delle prescrizioni o delle ricette mediche in via fiduciaria e senza necessità di utilizzo di busta chiusa.

In caso di consegna del presente modulo da parte di un terzo incaricato, si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Luogo e data

Firma interessato per delega

.....