

AUTORIZACIÓN PARA DISPENSAR MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO

D/Dña. _____

Con DNI nº _____ y SIP nº _____

Firma del Paciente: _____

AUTORIZO A

D/Dña. _____

Con DNI nº _____

para que le dispensen la medicación de uso hospitalario para mí prescrita, tal como consta en la receta que adjunta y para lo cual aporto fotocopia de mi Documento Nacional de Identidad (DNI) y tarjeta sanitaria (SIP).

NOTA: Es obligatoria la identificación de la persona autorizada mediante documento acreditativo (DNI, pasaporte o permiso de conducir).