

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΙΔΙΩΤΕΣ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/ηΤΟΥ
....., ασφαλισμένος/η στο φορέα, με ΑΜΚΑ
..... και με Αριθμό Δελτίου Ταυτότητας,
κάτοικος, οδός, αριθμός, Τ.Κ
.....

Εξουσιοδοτώ

Τον/Την.....
με Αριθμό Δελτίου Ταυτότητας.....,
όπως καταθέσει για λογαριασμό μου και αντ' εμού τα απαραίτητα έγγραφα και
την έγκριση της επιτροπής ΣΗΠ (όπου απαιτείται) στο
φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ και παραλάβει για λογαριασμό μου και αντ' εμού από το
..... Φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ και μου παραδώσει με αποδεικτικό
το/τα φαρμακευτικό/ά ιδιοσκεύασμα/τα που αναγράφεται/νται στην/στις
επισυναπτόμενη/ες συνταγή/ες με αρ.:

1.4.

2.5.

3.6.

ή για το χρονικό διάστημα από.....έως..... (μέγιστη χρονική
διάρκεια τρεις μήνες).

Δηλώνω ότι έχω προσυπογράψει όπισθεν της/των συνταγής/ών που προσκομίζει
ο εκπρόσωπός μου.

ΘΕΩΡΗΣΗ ΓΝΗΣΙΟΥ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ
(Δημόσια Αρχή)

Ημερομηνία:

Ο/Η Εξουσιοδοτών/ούσα