

UNIDAD DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS (UPFE)
AUTORIZACIÓN RECOGIDA DE MEDICAMENTOS

.....DNI.....
Domicilio.....
.....
nº tarjeta SIP.....

autorizo en mi nombre a

.....DNI.....

a recoger el tratamiento de la prescripción adjunta. Para lo que firmo la presente autorización.

Firmado:.....
Fecha:.....

**ESTA AUTORIZACIÓN SOLO SERÁ VÁLIDA PRESENTÁNDOLA
CONJUNTAMENTE CON EL ORIGINAL DE LA TARJETA SIP DEL
PACIENTE.**