

Asunto: AUTORIZACIÓN DE ENVÍO DE MEDICAMENTO POR MENSAJERÍA

En _____ a _____ de _____ de _____

Yo, _____ con DNI _____ autorizo a la empresa de mensajería MRW a recoger en mi nombre los medicamentos dispensados por la Farmacia Diego Marro Ramón, Calle Coso Bajo 54, Huesca, y manifiesto en este acto que he sido debidamente informado/a de todos los aspectos concernientes a los medicamentos dispensados por la Farmacia Diego Marro Ramón, para ser empleados en este tratamiento.

Firmado:

Don/Doña _____

Relación con el paciente:

- (Marque con una X)
- Soy el paciente.
 - Soy su padre, madre o tutor legal.
 - Soy su cuidador.