

NR. ZAMOWIENIA

recepta T / N

.....dnia r.

Ja

zam.

nr tel. (.....)

UPOWAŻNIAM

osobę reprezentującą
DPD Polska Sp. z o.o.
ul. Mineralna 15, 02-274 Warszawa

**do reprezentowania mnie przed
„Superapteka” przy ul. Puławskiej 10, 02-566 Warszawa
i do odbioru w moim imieniu zamówienia złożonego w Superaptece.**

.....
(czytelny podpis)