



DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN DE RETIRADA DE MEDICACIÓN

Válido hasta _____

Yo, D./D^a. _____, con DNI _____

autorizo a D./D^a. _____, con DNI _____

a retirar medicación del Servicio de Farmacia hasta la fecha arriba indicada.

Firma (de la persona que autoriza).

Firma (de la persona que recoge).

Málaga, a ____ de _____ de ____

Dispensación Pacientes Externos del Servicio de Farmacia.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria.
Málaga.

Nota: Imprescindible adjuntar fotocopia del DNI (de la persona que autoriza) y original del DNI (de la persona que recoge) y presentarlo junto a este documento cada vez que retire medicación.