

FORMULARZ ZAMAWIANIA RECEPT NA LEKI STAŁE

IMIĘ I NAZWISKO
ADRES
PESEL
TELEFON

Leki można zamawiać raz w miesiącu

Nazwa leku i dawka (np. 40mg,5ml)	Dawkowanie	Liczba opakowań
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Oświadczam, że nie zgłaszam pogorszenia stanu zdrowia ani nowych dolegliwości.

Data i podpis pacjenta

***W przypadku leków zleczanych przez lekarza specjalistę lub szpital, należy dołączyć kartę konsultacyjną lub informację ze szpitala.**