

Wniosek o wydanie recepty – Proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI

..... dnia

Imię i nazwisko

Numer PESEL:.....

Adres:.....

Email:.....

Telefon(komórka, stacjonarny)

L. P	Nazwa leku / wyrobu medycznego	Ilość opakowań
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

ODBIÓR RECEPT DO TRZECH DNI ROBOCZYCH OSOBIŚCIE LUB PRZEZ OSOBY UPOWAŻNIONE.

OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM/-AM SIĘ Z ZASADAMI WIZYT RECEPTOWYCH I WYSTAWIANIA RECEPT BEZ OBECNOŚCI PACJENTA.

CZY PACJENT POSIADA INTERNETOWE KONTO PACJENTA (TAK / NIE)?

(niepotrzebne skreślić)

Pełnomocnictwo

Upoważniam legitymującego się dowodem osobistym, (SERIA I NR)..... do odbioru recepty.

.....

Podpis pacjenta

.....

Data odbioru

.....

Podpis osoby odbierającej