

FORMULARZ ZAMAWIANIA RECEPT NA LEKI STAŁE

IMIĘ I NAZWISKO:
ADRES:
DATA URODZENIA:
TELEFON:

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 zlecanych przez lekarza specjalistę lub szpital, należy dołączyć kartę konsultacyjną lub informację ze szpitala.**
Leki można zamawiać raz w miesiącu.