FORMULARZ ZAMAWIANIA RECEPT NA LEKI STAŁE

|  |
| --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO:** |
| **ADRES:** |
| **PESEL:** |
| **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.