UPRAWNIENIA ……………………………

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA

…………………………………………………

…………………………………………………

PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ADRES:

MIEJSCOWOŚĆ ……………………………….

ULICA, NR DOMU ……………………………..

NAZWISKO I IMIĘ LEKARZA POZ

…………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa leku | Dawka | Ilość opakowań lub tabletek |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |