

ZOZ w Żórawinie
ul. Urzędnicza 11
55 – 020 Żórawina
tel. 71 316 50 03
www.zoz-zorawina.pl

DRUK ZAMÓWIENIA RECEPT

NAZWISKO I IMIĘ

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

tel:

Proszę o wypisanie recepty na stale przyjmowane leki:

Lp.	Nazwa	Dawka	Ilość
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

Oświadczam, że stan mojego zdrowia jest stabilny i nie obserwuję u siebie niepokojących objawów wymagających konsultacji lekarskiej w celu zmiany leczenia lub modyfikacji dawki przyjmowanych leków.

Data Podpis

UPOWAŻNIAM DO ODBIORU RECEPTY:

.....
NAZWISKO I IMIĘ OSOBY UPOWAŻNIONEJ

Odebrałam/em

Data Podpis

ODBIÓR RECEPTY TYKO ZA OKAZANIEM DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI