

Wniosek o wydanie recepty

UWAGA: wniosek należy wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI

***DANE PACJENTA:**

*Imię i nazwisko: _____

*Numer PESEL: _____

*Numer telefonu: _____

***SPOSÓB ODBIORU RECEPTY:**

- osobiście w placówce (w formie wydruku)
- na wskazany wyżej numer telefonu (kod recepty)
- osoba upoważniona w placówce _____
imię i nazwisko osoby upoważnionej

Zamówiona recepta na leki stałe będzie gotowa do odbioru w terminie do 5 dni roboczych.

| Lp. | Nazwa leku | Dawka (np. 20 mg) | Liczba opakowań |
|-----|------------|-------------------|-----------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |

Oświadczam, iż nie przebywam w szpitalu, sanatorium czy innym zakładzie lecznictwa zamkniętego. Ponadto 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 i miejscowość

Podpis pacjenta