Działki Leśne

ODBIÓR RECEPT ZA OKAZANIEM DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

WNIOSEK O WYPISANIE RECEPTY

NAZWISKO I IMIĘ ….....

PESEL /...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../

Adres ….....…. **kod:** ..... - ….....

tel: ..... **e mail:**.....

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

…….

PESEL LUB NR DOWODU OSOBY UPOWAŻNIONEJ

Data …..... Podpis ….....