

Formularz zamawiania recept na leki stałe *

Nazwisko i imię	
Adres	
Pesel	

Nazwa leku i dawka (np. 40 mg, 5 ml)	Forma leku (np. tabletki)	Liczba opakowań

Oświadczam, że nie zgłaszam pogorszenia stanu zdrowia ani nowych dolegliwości.	
Data	Podpis pacjenta

* W przypadku leków zleconych przez lekarza specjalistę lub szpital należy dołączyć kartę konsultacyjną lub informacyjną ze szpitala.