

**SPZOZ W TRZYCIAŹU
32-353 TRZYCIAŹ UL. ZDROWA 6**

**SPZOZ W TRZYCIAŹU
FILIA W IMBRAMOWICACH
IMBRAMOWICE 140 32-353 TRZYCIAŹU**

ZAPOTRZEBOWANIE NA LEKI

NAZWISKO I IMIĘ.....DATA.....

PESEL.....ADRES.....

NAZWA LEKU / DAWKA/ ILOŚĆ OPAKOWAŃ

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....
- 10.....

OŚWIADCZAM,ŻE NIE PRZEBYWAM W SZPITALU, SANATORIUM LUB INNYM
ZAKŁADZIE LECZNICTWA STACJONARNEGO, NIE KORZYSTAM W TYM CZASIE
Z LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO

PODPIS PACJENTA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ.....

ZAPOTRZEBOWANIE TELEFONICZNE ODEBRAŁ

PODPIS PRACOWNIKA.....