

Warszawa, dnia .....

### Zamówienie porady receptowej

Dla .....  
(Imię i nazwisko pacjenta)

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

(PESEL pacjenta)

TELEFON: .....

Proszę o wystawienie recepty/zlecenia \* na następujące leki/wyroby medyczne \*:

Lp.	Nazwa i dawka leku/nazwa wyrobu medycznego
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Warszawa, dnia .....

### Zamówienie porady receptowej

Dla .....  
(Imię i nazwisko pacjenta)

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

(PESEL pacjenta)

TELEFON: .....

Proszę o wystawienie recepty/zlecenia \* na następujące leki/wyroby medyczne \*:

Lp.	Nazwa i dawka leku/nazwa wyrobu medycznego
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Warszawa, dnia .....

### Zamówienie porady receptowej

Dla .....  
(Imię i nazwisko pacjenta)

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

(PESEL pacjenta)

TELEFON: .....

Proszę o wystawienie recepty/zlecenia \* na następujące leki/wyroby medyczne \*:

Lp.	Nazwa i dawka leku/nazwa wyrobu medycznego
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Warszawa, dnia .....

### Zamówienie porady receptowej

Dla .....  
(Imię i nazwisko pacjenta)

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

(PESEL pacjenta)

TELEFON: .....

Proszę o wystawienie recepty/zlecenia \* na następujące leki/wyroby medyczne \*:

Lp.	Nazwa i dawka leku/nazwa wyrobu medycznego
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Potwierdzam, że mój/pacjenta stan zdrowia nie uległ istotnej zmianie.

Receptę/zlecenie:

a) Odbiorę osobiście.\*

b) Upoważniam do odbioru:\*

.....  
(Imię, nazwisko, nr dowodu osobistego osoby upoważnionej)

c) Proszę wydać każdemu kto się po nią zgłosi.\*

.....  
**CZYTELNY PODPIS PACJENTA/opiekuna prawnego**

\*zaznaczyć właściwe

Uprzejmie prosimy o kompleksowe składanie zamówień na porady receptowe. Przyczyni się to do skrócenia czasu oczekiwania na ich realizację oraz ułatwi dostęp do lekarza innym pacjentom.

WYPEŁNIĆ PRZY ODBIORZE

**CZYTELNY PODPIS, NR DOWODU OSOBISTEGO OSOBY ODBIERAJĄCEJ receptę/zlecenie**

.....  
(Data i czytelny podpis osoby wydającej dokument)

Potwierdzam, że mój/pacjenta stan zdrowia nie uległ istotnej zmianie.

Receptę/zlecenie:

a) Odbiorę osobiście.\*

b) Upoważniam do odbioru:\*

.....  
(Imię, nazwisko, nr dowodu osobistego osoby upoważnionej)

c) Proszę wydać każdemu kto się po nią zgłosi.\*

.....  
**CZYTELNY PODPIS PACJENTA/opiekuna prawnego**

\*zaznaczyć właściwe

Uprzejmie prosimy o kompleksowe składanie zamówień na porady receptowe. Przyczyni się to do skrócenia czasu oczekiwania na ich realizację oraz ułatwi dostęp do lekarza innym pacjentom.

WYPEŁNIĆ PRZY ODBIORZE

**CZYTELNY PODPIS i NR DOWODU OSOBISTEGO OSOBY ODBIERAJĄCEJ receptę/zlecenie**

.....  
(Data i czytelny podpis osoby wydającej dokument)

Potwierdzam, że mój/pacjenta stan zdrowia nie uległ istotnej zmianie.

Receptę/zlecenie:

a) Odbiorę osobiście.\*

b) Upoważniam do odbioru:\*

.....  
(Imię, nazwisko, nr dowodu osobistego osoby upoważnionej)

c) Proszę wydać każdemu kto się po nią zgłosi.\*

.....  
**CZYTELNY PODPIS PACJENTA/opiekuna prawnego**

\*zaznaczyć właściwe

Uprzejmie prosimy o kompleksowe składanie zamówień na porady receptowe. Przyczyni się to do skrócenia czasu oczekiwania na ich realizację oraz ułatwi dostęp do lekarza innym pacjentom.

WYPEŁNIĆ PRZY ODBIORZE

**CZYTELNY PODPIS, NR DOWODU OSOBISTEGO OSOBY ODBIERAJĄCEJ receptę/zlecenie**

.....  
(Data i czytelny podpis osoby wydającej dokument)

Potwierdzam, że mój/pacjenta stan zdrowia nie uległ istotnej zmianie.

Receptę/zlecenie:

a) Odbiorę osobiście.\*

b) Upoważniam do odbioru:\*

.....  
(Imię, nazwisko, nr dowodu osobistego osoby upoważnionej)

c) Proszę wydać każdemu kto się po nią zgłosi.\*

.....  
**CZYTELNY PODPIS PACJENTA/opiekuna prawnego**

\*zaznaczyć właściwe

Uprzejmie prosimy o kompleksowe składanie zamówień na porady receptowe. Przyczyni się to do skrócenia czasu oczekiwania na ich realizację oraz ułatwi dostęp do lekarza innym pacjentom.

WYPEŁNIĆ PRZY ODBIORZE

**CZYTELNY PODPIS i NR DOWODU OSOBISTEGO OSOBY ODBIERAJĄCEJ receptę/zlecenie**

.....  
(Data i czytelny podpis osoby wydającej dokument)