**ODBIÓR RECEPTY ZA OKAZANIEM DOKUMENTU TOŻSAMOŚC**

NAZWISKO IMIĘ

……

PESEL

……/……/……/……./……/……/……/……/……/……/……/

ADRES

……

……

Proszę o wypisanie recepty na stale przyjmowane leki:

| | Nazwa | Dawka | Ilość |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Oświadczam, że stan mojego zdrowia jest stabilny i nie obserwuję u siebie niepokojących objawów wymagających konsultacji lekarskiej w celu zmiany lub modyfikacji dawki przyjmowanych leków.

……..

*Data* *podpis*

**ODBIÓR RECEPTY ZA OKAZANIEM DOKUMENTU TOŻSAMOŚC**

NAZWISKO IMIĘ

……

PESEL

……/……/……/……./……/……/……/……/……/……/……/

ADRES

……

……

Proszę o wypisanie recepty na stale przyjmowane leki:

| | Nazwa | Dawka | Ilość |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Oświadczam, że stan mojego zdrowia jest stabilny i nie obserwuję u siebie niepokojących objawów wymagających konsultacji lekarskiej w celu zmiany lub modyfikacji dawki przyjmowanych leków.

……..

*Data* *podpis*

**ODBIÓR RECEPTY ZA OKAZANIEM DOKUMENTU TOŻSAMOŚC**

NAZWISKO IMIĘ

……

PESEL

……/……/……/……./……/……/……/……/……/……/……/

ADRES

……

……

Proszę o wypisanie recepty na stale przyjmowane leki:

| | Nazwa | Dawka | Ilość |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Oświadczam, że stan mojego zdrowia jest stabilny i nie obserwuję u siebie niepokojących objawów wymagających konsultacji lekarskiej w celu zmiany lub modyfikacji dawki przyjmowanych leków.

……..

*Data* *podpis*