**ODBIÓR RECEPTY ZA OKAZANIEM DOKUMENTU TOŻSAMOŚC**

NAZWISKO IMIĘ …… ………………………………………………………………………………

PESEL

……/……/.……/..…../.……/.……/.……/...…/.……/.……/.……/

ADRES ………………………………………………………………………………

TELEFON NUMER:

Proszę o wypisanie recepty na stale przyjmowane leki:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nazwa leku** | **Dawka**  **dawkowanie** | **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. Nie przebywam w szpitalu lub innym zakł. leczniczym.

……………………………………………………………………………..

*Data podpis*

**ODBIÓR RECEPTY ZA OKAZANIEM DOKUMENTU TOŻSAMOŚC**

NAZWISKO IMIĘ ……………………………………………………………………………………

PESEL

……/……/.……/..…../.……/.……/.……/...…/.……/.……/.……/

ADRES ………………………………………………………………………………

TELEFON NUMER:

Proszę o wypisanie recepty na stale przyjmowane leki:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nazwa leku** | **Dawka**  **dawkowanie** | **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. Nie przebywam w szpitalu lub innym zakł. leczniczym

……………………………………………………………………………..

*Data podpis*

**ODBIÓR RECEPTY ZA OKAZANIEM DOKUMENTU TOŻSAMOŚC**

NAZWISKO IMIĘ ……………………………………………………………………………………

PESEL

……/……/.……/..…../.……/.……/.……/...…/.……/.……/.……/

ADRES ………………………………………………………………………………

TELEFON NUMER:

Proszę o wypisanie recepty na stale przyjmowane leki:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nazwa leku** | **Dawka**  **dawkowanie** | **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. Nie przebywam w szpitalu lub innym zakł. leczniczym

……………………………………………………………………………..

*Data podpis*