**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*