|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZAMÓWIENIE NA LEKI (wzór)** | | |
| Imię i nazwisko pacjenta |  | |
| PESEL |  | |
| Adres zamieszkania |  | |
| Telefon kontaktowy |  | |
| Imię i nazwisko lekarza POZ |  | |
| Nazwa leku i dawka | Ilość sztuk w opakowaniu | Sposób przyjmowania  (dawkowanie) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |