|  |
| --- |
| **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) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |