



PROŚBA O WYPISANIE RECEPTY NA LEKI STAŁE

.....
IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

____ - ____ - ____
NUMER TELEFONU

Proszę o wypisanie recepty na następujące leki:

Lp.	Nazwa	Dawka	Ilość
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Oświadczam, że w chwili obecnej stan mojego zdrowia jest stabilny i nie wymaga badania lekarskiego

Data Podpis

