

Data: .....

## ZAMÓWIENIE NA RECEPTĘ

Prosimy o wypełnienie zamówienie w sposób czytelny, najlepiej wielkimi literami. W przypadku niemożliwości rozczytania zamówienia recepty nie będą wydawane.

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Nr tel.: .....

L.p.	Nazwa leku	Ilość tabletek/ opakowań	Dawkowanie
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SPZOZ PIASTUN w celu udokumentowania ww. zdarzenia. Oświadczam także, że zostałam/em poinformowany o przysługujących mi w związku z tym prawach.

.....  
Czytelny podpis pacjenta

.....  
Podpis przyjmującego