

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: Nr tel.:

Adres zamieszkania:

L.p.	Nazwa leku	Ilość tabletek/ opakowań	Dawkowanie
1			
2			
3			
4			

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