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.

……………………………………………………….

Podpis pacjenta