ODBIÓR RECEPT ZA OKAZANIEM
DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

Gminna Przychodnia Zdrowia
w Andrespolu

WNIOSEK O WYPISANIE RECEPTY

NAZWISKO IMIĘ

.....

PESEL:

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

ADRES ----------

TEL: ----------

e mail ----------

Proszę o wypisanie recepty na stale przyjmowane leki

| L.P | NAZWA | DAWKA | ILOŚĆ |
|---|---|---|---|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |

Oświadczam, że stan mojego zdrowia jest stabilny i nie obserwuję u siebie niepokojących objawów wymagających konsultacji lekarskiej w celu zmiany leczenia lub modyfikacji dawki przyjmowanych leków.

Data.....Podpis.....

UPOWAŻNIAM DO ODBIORU RECEPT:

.....
Nazwisko i imię osoby upoważnionej

.....
Pesel lub nr dowodu osoby upoważnionej