**Prośba o wypisanie leków**

Nazwisko i imię ………………………………… lat / PESEL …………………………….

Adres pacjenta ……………………………………………………………………………….

tel. …………………………………… data ……………………………………………….

Proszę o zaznaczenie formy odbioru KODU od e-recepty:

* SMS

* telefon

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa leku | Dawka leku | Dawkowanie leku |  ilość opakowań |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |