

# ZAMÓWIENIE RECEPTY NA LEKI STAŁE

**SPZOZ NASIELSK**

ul. Sportowa 2, 05-190 Nasielsk

NIP: 5311501474, REGON: 016457218-00027

Tel.: 23 69 12 503 lub 23 69 12 606



## DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

LEKARZ RODZINNY

IMIĘ:

PESEL

NAZWISKO:

TELEFON

LEK*	<input type="text"/>	ILOŚĆ SZTUK .....
LEK*	<input type="text"/>	ILOŚĆ SZTUK .....
LEK*	<input type="text"/>	ILOŚĆ SZTUK .....
LEK*	<input type="text"/>	ILOŚĆ SZTUK .....
LEK*	<input type="text"/>	ILOŚĆ SZTUK .....
LEK*	<input type="text"/>	ILOŚĆ SZTUK .....
LEK*	<input type="text"/>	ILOŚĆ SZTUK .....
LEK*	<input type="text"/>	ILOŚĆ SZTUK .....
LEK*	<input type="text"/>	ILOŚĆ SZTUK .....
LEK*	<input type="text"/>	ILOŚĆ SZTUK .....
LEK*	<input type="text"/>	ILOŚĆ SZTUK .....
LEK*	<input type="text"/>	ILOŚĆ SZTUK .....
LEK*	<input type="text"/>	ILOŚĆ SZTUK .....
LEK*	<input type="text"/>	ILOŚĆ SZTUK .....
LEK*	<input type="text"/>	ILOŚĆ SZTUK .....

\* Oświadczam, że zamówione przez mnie leki są mi przepisywane z powodu chorób przewlekłych z zaleceniem stałego ich używania, znam dawkowanie leków i zostałem poinformowany o sposobie i bezpieczeństwie ich stosowania. Oświadczam, że stan mojego zdrowia jest stabilny, nie pogorszył się i nie zaszły żadne okoliczności uzasadniające konieczność odbycia wizyty lekarskiej, w związku z tym uzasadnione jest wypisanie recept na leki bez wizyty u lekarza. Ponadto oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu.