**Wniosek o wypisanie leków stałych**

|  |
| --- |
| Dane pacjenta |
| Imię:  | Nazwisko:  | PESEL:  |
| Adres:  |
| Lekarz:  | Telefon: |
| Uwagi:Posiadam Internetowe Konto Pacjenta – TAK / NIE\*\*właściwe podkreślić |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP. | Nazwa leku | Dawka leku | Ilość sztuk |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Proszę wypełnić drukowanymi literami ( czytelnie )