**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 )