

/pieczęć komórki organizacyjnej/jednostki/	/miejsowość/	/data/
--	--------------	--------

## FORMULARZ ZAMÓWIENIA RECEPTY/ ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

ZAMAWIAJĄCY	
imię:	
nazwisko:	
PESEL:	
e-mail:	
preferowana data odbioru:	

ZAMAWIANE LEKI					
lp.	nazwa leku:	forma leku (np.: tabletki, krople)	ilość substancji czynnej (np.: 50mg)	ilość w opakowaniu (np.:30 tabletek)	ilość opakowań:
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

ZAMAWIANE WYROBY MEDYCZNE			
lp.	nazwa środka:	ilość sztuk	uwagi:
1			
2			

Oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu, ani w innym zakładzie opieki zdrowotnej na leczeniu czy rehabilitacji

.....  
(podpis pracownika przyjmującego zamówienie  
w przypadku zamówienia telefonicznego)

.....  
(podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

/pieczęć komórki organizacyjnej/jednostki/	/miejsowość/	/data/
--	--------------	--------

## FORMULARZ ZAMÓWIENIA RECEPTY/ ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

ZAMAWIAJĄCY	
imię:	
nazwisko:	
PESEL:	
e-mail:	
preferowana data odbioru:	

ZAMAWIANE LEKI					
lp.	nazwa leku:	forma leku (np.: tabletki, krople)	ilość substancji czynnej (np.: 50mg)	ilość w opakowaniu (np.:30 tabletek)	ilość opakowań:
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

ZAMAWIANE WYROBY MEDYCZNE			
lp.	nazwa środka:	ilość sztuk	uwagi:
1			
2			

Oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu, ani w innym zakładzie opieki zdrowotnej na leczeniu czy rehabilitacji

.....  
(podpis pracownika przyjmującego zamówienie  
w przypadku zamówienia telefonicznego)

.....  
(podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)