**Wniosek o wydanie recepty - proszę wypełnić drukowanymi literami**

 Biały Dunajec, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa leku / wyrobu medycznego | Ilość opakowań |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |

Realizacja recept do **trzech dni** roboczych. SMS z kodem recepty zostanie wysłany na wskazany we wniosku numer telefonu. Odbioru recepty można również dokonać osobiście lub przez osoby upoważnione.

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z zasadami realizacji wizyt receptowych i wystawiania recept bez obecności pacjenta.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data, podpis pacjenta