



Formularz zamawiania recept na leki stałe

Praktyka Lekarza Rodzinnego "Rodzina" S.C.
Aleja Lotników Polskich 22, 21-040 Świdnik
NIP: 7132367304
Tel.: 817512596

Imię i nazwisko:
Adres zamieszkania:
PESEL:

L.P.	NAZWA LEKU (np. Apap, Allertec)	DAWKA np. 2,4 ml, 500 mg, 200 µg	LICZBA OPAKOWAŃ
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Pomiary:

Ciśnienie	Tętno	Glukoza	Waga	Wzrost

Oświadczam, że nie zgłaszam pogorszenia się stanu zdrowia ani nowych dolegliwości.

.....
Data i podpis pacjenta