

# Wniosek o wydanie recepty – Proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI

Bytom, dnia .....

Imię i nazwisko .....

Numer PESEL:.....

Adres:.....

Telefon: .....

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

**ODBIÓR RECEPT DO SIĘDMIU DNI ROBOCZYCH OSOBIŚCIE LUB PRZEZ OSOBY UPOWAŻNIONE.**

### Pełnomocnictwo

Upoważniam ..... legitymującego się dowodem osobistym (SERIA I NR)..... do odbioru recepty. Jednocześnie informuję, iż nie przebywam w szpitalu, sanatorium czy innym zakładzie lecznictwa zamkniętego.

.....

Podpis pacjenta

.....

Data odbioru

.....

Podpis osoby odbierającej