

Formularz zamawiania leków stałych

Odbiór recept odbywa się następnego dnia po godzinie 16.00 za okazaniem **dokumentu tożsamości**.
Przez niniejszy formularz można zamawiać wyłącznie leki stałe. Należy wypełnić wszystkie pola oznaczone ✓

Dane zamawiającego

Imię i nazwisko *



PESEL *



Leki / wyroby medyczne ✓

- Zamawiam wszystkie leki stałe na 4 miesiące -- LUB -- na 6 miesięcy
 na 1 recepcie -- LUB -- na osobnych receptach
- Zamawiam środki pomocnicze na 2 miesiące, na osobnych zleceniach na 1 zleceniu

Uwagi

- ✓ * Oświadczam, że w/w leki są stale przeze mnie zażywane z powodu schorzeń przewlekłych, dawkowanie jest mi znane a ich wypisanie bez wizyty u lekarza jest uzasadnione moim niepogorszoną, stabilnym stanem zdrowia oraz nie zaszły okoliczności uzasadniające konieczność wizyty u lekarza.

Odbiór zamówienia ✓

- Zamówienie odbierze osoba, którą upoważniam:

Imię i nazwisko upoważnionego *

PESEL *

Seria i numer dokumentu tożsamości *

-- LUB--

- Zamówienie odbiorę osobiście

Powyższe oświadczenia dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta zamawiającego recepty. Podstawa prawna: art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz. U. z 2011r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.).

_____ ✓
data

_____ ✓
podpis zamawiającego

Potwierdzenie odbioru zamówienia

_____ data

_____ podpis zamawiającego