	Z-BO-3.1-1 ZAMÓWIENIE NA LEKI POWTÓRNE
Nazwisko i imię pacjenta:	**Kowalski Jan**
Adres pacjenta:	
Nr telefonu:	**999999222**
PESEL	**99999999999**

Lp.	Nazwa leku i dawka	Dawkowanie	Ilość opak.
1	9 9	9	9
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Data i podpis pacjenta	

Data, imię i nazwisko osoby odbierającej receptę/recepty

.....

(uzupełnia pracownik rejestracji)

1. Druk zamówienia na leki służy do składania zamówień tylko na leki recepturowe (leki powtórne).
2. Z porady recepturowej może skorzystać tylko pacjent zadeklarowny w przychodni NZOZ Medicus posiadający aktualne uprawnienia do świadczeń NFZ - uprawnienia pacjenta są weryfikowane przez pracownika rejestracji przed wystawieniem recepty.