

Z-BO-3.1-1 ZAMÓWIENIE NA LEKI POWTÓRNE			
Nazwisko i imię pacjenta:		Kowalski Jan	
Adres pacjenta:			
Nr telefonu:		999999222	
PESEL		9999999999	
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 zadeklarowany w przychodni NZOZ Medicus posiadający aktualne uprawnienia do świadczeń NFZ - uprawnienia pacjenta są weryfikowane przez pracownika rejestracji przed wystawieniem recepty.			