

Formularz wniosku o receptę

PESEL:

Numer telefonu:

Czy posiadasz konto IKP

TAK NIE

Lekarz prowadzący:

Lista Leków:

Lp.	Nazwa leku	dawkowanie	Ilość opakowań
1			
2			
3			
7			
5			
6			
7			

Komentarz:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

* Oświadczam, że znam i akceptuję klauzulę informacyjną na temat przetwarzania danych osobowych. Administratorem Twoich danych osobowych jest SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PORĘBIE, więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przeczytasz w naszej klauzurze informacyjnej dla pacjenta

.....
(podpis)