

Polkowice dnia.....

ZAMÓWIENIE NA LEKI STAŁE

IMIĘ I NAZWISKO

.....

DATA URODZENIA

.....

TELEFON KONTAKTOWY

.....

LEKARZ PROWADZĄCY

.....

NAZWA LEKU I ILOŚĆ OPAKOWAŃ:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

**CZAS OCZEKIWANIA NA RECEPTĘ
DO 2 DNI**

Polkowice, dnia.....

ZAMÓWIENIE NA LEKI STAŁE

IMIĘ I NAZWISKO

.....

DATA URODZENIA

.....

TELEFON KONTAKTOWY

.....

LEKARZ PROWADZĄCY

.....

NAZWA LEKU I ILOŚĆ OPAKOWAŃ:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

**CZAS OCZEKIWANIA NA RECEPTĘ
DO 2 DNI**

Polkowice, dnia.....

ZAMÓWIENIE NA LEKI STAŁE

IMIĘ I NAZWISKO

.....

DATA URODZENIA

.....

TELEFON KONTAKTOWY

.....

LEKARZ PROWADZĄCY

.....

NAZWA LEKU I ILOŚĆ OPAKOWAŃ:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

**CZAS OCZEKIWANIA NA RECEPTĘ
DO 2 DNI**