

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZAPOTRZEBOWANIA NA RECEPTY ZAOCZNE

Data zgłoszenia:..... Imię i nazwisko:

NUMER PESEL..... TELEFON:

Adres zamieszkania pacjenta:.....

Lp.	Nazwa Leku	dawka leku (ile mg)	dawkowanie dzienne	ilość opakowań
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				

Podpis osoby zgłaszającej zapotrzebowanie na leki:.....

Uwagi :.....

Odbiór recepty od dnia:.....

Data wystawienia recepty i nazwisko lekarza:.....

Podpis osoby odbierającej recepty z gabinetu lekarskiego:.....

Podpis osoby odbierającej recepty.....

Administratorem Pani/Pana danych osobowych są Lecznice Citomed z siedzibą w Toruniu. Informacje dotyczące zasad przetwarzania danych znajdują się w zakładce Ochrona danych osobowych oraz na tablicach informacyjnych w przychodniach Lecznic Citomed Sp. z o. o. w Toruniu.