

Proszę wypełnić **DRUKOWANYMI LITERAMI** Lublin , dnia.....

Imię i nazwisko:.....

Numer PESEL:..... TELEFON: .....

| Lp. | Nazwa leku / wyrobu medycznego | Ilość opakowań |
|-----|--------------------------------|----------------|
| 1   |                                |                |
| 2   |                                |                |
| 3   |                                |                |
| 4   |                                |                |
| 5   |                                |                |
| 6   |                                |                |
| 7   |                                |                |
| 8   |                                |                |
| 9   |                                |                |
| 10  |                                |                |
| 11  |                                |                |
| 12  |                                |                |
| 13  |                                |                |
| 14  |                                |                |
| 15  |                                |                |

**ODBIÓR**

Wystawione recepty na leki / zlecenia na wyroby medyczne wydawane są w rejestracji, **dnia następnego od godziny 15:00-18:00** lub w każdy kolejny dzień roboczy w godzinach 7:00-18:00, osobiście za okazaniem dokumentu tożsamości, lub poprzez osobę drugą z pisemnym upoważnieniem od pacjenta.

**PEŁNOMOCNICTWO**

Upoważniam ....., legitymującego się dowodem osobistym  
Imię i nazwisko

..... do odbioru recept/zleceń na wyroby medyczne

Seria i nr

z NZOZ DZIESIĄTA LUBLIN

.....  
Podpis pacjenta

.....  
Data odbioru

.....  
Podpis osoby odbierającej

Proszę wypełnić **DRUKOWANYMI LITERAMI** Lublin , dnia.....

Imię i nazwisko:.....

Numer PESEL:..... TELEFON: .....

| Lp. | Nazwa leku / wyrobu medycznego | Ilość opakowań |
|-----|--------------------------------|----------------|
| 1   |                                |                |
| 2   |                                |                |
| 3   |                                |                |
| 4   |                                |                |
| 5   |                                |                |
| 6   |                                |                |
| 7   |                                |                |
| 8   |                                |                |
| 9   |                                |                |
| 10  |                                |                |
| 11  |                                |                |
| 12  |                                |                |
| 13  |                                |                |
| 14  |                                |                |
| 15  |                                |                |

**ODBIÓR**

Wystawione recepty na leki/zlecenia na wyroby medyczne wydawane są w rejestracji, **dnia następnego od godziny 15:00-18:00** lub w każdy kolejny dzień roboczy w godzinach 7:00-18:00, osobiście za okazaniem dokumentu tożsamości, lub poprzez osobę drugą z pisemnym upoważnieniem od pacjenta.

**PEŁNOMOCNICTWO**

Upoważniam ....., legitymującego się dowodem osobistym  
Imię i nazwisko

..... do odbioru recept/zleceń na wyroby medyczne

Seria i nr

z NZOZ DZIESIĄTA LUBLIN

.....  
Podpis pacjenta

.....  
Data odbioru

.....  
Podpis osoby odbierającej