

## WNIOSEK O POWTÓRNE WYDANIE RECEPTY NA LEKI STAŁE PRZYJMOWANE

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

Proszę podać numer telefonu  
oddzwonimy podając kod recepty

DATA WYSTAWIENIA WNIOSKU

PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA

Lp.	Nazwa leku	Dawka	Ilość tabletek	Dawkowanie		
				R	P	W
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						

Podpis pacjenta

Podpis lekarza

\* Wydanie powtórkowych recept na leki stałe przyjmowane możliwe jest tylko na 3 miesiące. Po upływie tego czasu konieczna jest wizyta kontrolna u lekarza POZ.

## WNIOSEK O POWTÓRNE WYDANIE RECEPTY NA LEKI STAŁE PRZYJMOWANE

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

Proszę podać numer telefonu  
oddzwonimy podając kod recepty

DATA WYSTAWIENIA WNIOSKU

PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA

Lp.	Nazwa leku	Dawka	Ilość tabletek	Dawkowanie		
				R	P	W
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						

Podpis pacjenta

Podpis lekarza

\* Wydanie powtórkowych recept na leki stałe przyjmowane możliwe jest tylko na 3 miesiące. Po upływie tego czasu konieczna jest wizyta kontrolna u lekarza POZ.