

FORMULARZ ZAMÓWIENIA RECEPT NA LEKI STAŁE

Proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i Nazwisko:

PESEL: NR TEL.....

Lp.	Nazwa leku i dawka	Ilość opakowań
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

- Oświadczam, że stan mojego zdrowia jest stabilny i nie obserwuję u siebie niepokojących objawów wymagających konsultacji lekarskiej w celu zmiany leczenia.
- Oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu ani w innym zakładzie leczniczym na leczeniu.

Data..... Podpis pacjenta.....

SPOSÓB ODBIORU RECEPTY:

1) Mam utworzone Internetowe Konto Pacjenta (pacjent.gov.pl) i nie potrzebuję wydruku e-recepty

2) Zamówienie odbiorę osobiście – Podpis.....

3) Upoważniam do odbioru recepty (zgodne z dokumentacją medyczną):

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

PESEL

Podpis pacjenta.....

Informujemy o możliwości zamawiania recept na leki stałe drogą mailową na adres recepty@rcz.com.pl

*niepotrzebne skreślić

Pacjent został poinformowany o wszystkich swoich prawach i otrzymał odpowiednią informację o terminie odbioru recept.