

**Proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI
zrobić zdjęcie / skan i wysłać na adres:**

recepty.stanin@gmail.com

Najlepiej założyć sobie i rodzinie

Internetowe Konto Pacjenta na pacjent .gov.pl

Stanin, dnia.....

Imię i nazwisko:.....

Adres:.....

PESEL:..... Telefon kom:

e-mail.....

**PROSZĘ O WYSTAWIENIE E-RECEPTY NA PRZYJMOWANE
PRZEZE MNIE LEKI STAŁE**

Lp.	NAZWA LEKU / WYROBU MEDYCZNEGO DAWKA	ILOŚĆ OPAKOWAŃ
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

PEŁNOMOCNICTWO:

Upoważniam „Ośrodek Zdrowia w Staninie” do przesłania kodu do e-recepty na podany powyżej:

numer telefonu

adres mailowy

posiadam Internetowe Konto Pacjenta (zaznacz właściwe)

oraz zgadzam się na kontakt drogą telefoniczną lub mailową w sprawach związanych z usługami medycznymi świadczonymi przez „Ośrodek Zdrowia w Staninie”

Podpis pacjenta.....