

**+Przychodnia
Nad Stawem**

**POWTÓRKA
LEKÓW STAŁYCH**

Nazwisko

Imię

PESEL

| Lp. | Nazwa leku/dawka | Ilość |
|-----|------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Żsero-Druk 697 727 113

.....
podpis pacjenta lub opiekuna

**+Przychodnia
Nad Stawem**

**POWTÓRKA
LEKÓW STAŁYCH**

Nazwisko

Imię

PESEL

| Lp. | Nazwa leku/dawka | Ilość |
|-----|------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Żsero-Druk 697 727 113

.....
podpis pacjenta lub opiekuna

**+Przychodnia
Nad Stawem**

**POWTÓRKA
LEKÓW STAŁYCH**

Nazwisko

Imię

PESEL

| Lp. | Nazwa leku/dawka | Ilość |
|-----|------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Żsero-Druk 697 727 113

.....
podpis pacjenta lub opiekuna

**+Przychodnia
Nad Stawem**

**POWTÓRKA
LEKÓW STAŁYCH**

Nazwisko

Imię

PESEL

| Lp. | Nazwa leku/dawka | Ilość |
|-----|------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Żsero-Druk 697 727 113

.....
podpis pacjenta lub opiekuna