



|  |
| --- |
| **Recepta****Świadczeniodawca** |
| **Pacjent****PESEL** | **Oddział NFZ** |
| **Uprawnienia****dodatkowe** |
| **Rp Odpłatność** |
| **Data wystawienia:** | **Dane i podpis lekarza****Dane podmiotu drukującego** |
| **Data realizacji „od dnia”:** |