

/pieczęć komórki organizacyjnej/jednostki/	/miejsowość/	/data/
--------------------------------------------	--------------	--------

FORMULARZ ZAMÓWIENIA RECEPTY/ ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

ZAMAWIAJĄCY	
imię:	
nazwisko:	
PESEL:	
e-mail:	
preferowana data odbioru:	

ZAMAWIANE LEKI					
lp.	nazwa leku:	forma leku (np.: tabletki, krople)	ilość substancji czynnej (np.: 50mg)	ilość w opakowaniu (np.:30 tabletek)	ilość opakowań:
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

ZAMAWIANE WYROBY MEDYCZNE			
lp.	nazwa środka:	ilość sztuk	uwagi:
1			
2			

Oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu, ani w innym zakładzie opieki zdrowotnej na leczeniu czy rehabilitacji

.....
(podpis pracownika przyjmującego zamówienie
w przypadku zamówienia telefonicznego)

.....
(podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

/pieczęć komórki organizacyjnej/jednostki/	/miejsowość/	/data/
--------------------------------------------	--------------	--------

FORMULARZ ZAMÓWIENIA RECEPTY/ ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

ZAMAWIAJĄCY	
imię:	
nazwisko:	
PESEL:	
e-mail:	
preferowana data odbioru:	

ZAMAWIANE LEKI					
lp.	nazwa leku:	forma leku (np.: tabletki, krople)	ilość substancji czynnej (np.: 50mg)	ilość w opakowaniu (np.:30 tabletek)	ilość opakowań:
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

ZAMAWIANE WYROBY MEDYCZNE			
lp.	nazwa środka:	ilość sztuk	uwagi:
1			
2			

Oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu, ani w innym zakładzie opieki zdrowotnej na leczeniu czy rehabilitacji

.....
(podpis pracownika przyjmującego zamówienie
w przypadku zamówienia telefonicznego)

.....
(podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

Załącznik nr 3 do procedury zamawiania i odbioru recept/zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne

Informacje dotyczące zasad przetwarzania danych osobowych są dostępne na tablicach informacyjnych oraz na stronie internetowej argamed.pl w zakładce RODO

*Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ARGAMED, z siedzibą w Rymanowie,
38-480 Rymanów, Kalwaria 3/51., tel. 13 307 31 11.*

Informacje dotyczące zasad przetwarzania danych osobowych są dostępne na tablicach informacyjnych oraz na stronie internetowej argamed.pl w zakładce RODO

Załącznik nr 3 do procedury zamawiania i odbioru recept/zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne