ZAMÓWIENIE NA DRUKI RECEPT

REGON1):	**NIP:**	**PIECZĘĆ ZAMAWIAJĄCEGO :**
Nazwa zamawiającego1):		Osoba składająca zamówienie: .... (imię i nazwisko) ..... (podpis)
Adres:		
Telefon:	**Faks:**	

Zamawiam następujące druki recept:

Lp.	Miejsce zatrudnienia lekarza				Lekarz				Liczba zamawianych recept (n*100) [szt.]
	Nr umowy z DRKCh	Kod resort.		Nazwa komórki organizacyjnej1)2)	PESEL	Imię i Nazwisko	Nr pr. wyk. Zawodu	Nr pr. wyk. Zawodu (nowy)	
		część VII1)	część VIII1)						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1) Nie dotyczy umów typu 9801 Pro Familia, Pro auctore
2) Nazwa poradni zgodna z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. (Dz. U. Nr 30, poz. 379)