



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