

ZAPOTRZEBOWANIE PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ NA ANTYTOKSYNĘ BOTULINOWĄ

Miejscowość, data wystawienia.....

WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA

.....

.....

ZAMAWIAJĄCY:

.....

.....

.....

.....

(nazwa, adres, numer telefonu, NIP)

Nazwa produktu leczniczego	Postać farmaceutyczna i moc produktu	Liczba ampułek

PESEL PACJENTA DLA KTÓREGO ZAMAWIANA JEST ANTYTOKSYNA BOTULINOWA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Potwierdzenie zapotrzebowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą

.....

(imię i nazwisko, identyfikator oraz podpis lekarza, o którym mowa w art. 17 ust. 2 pkt 6 ustawy z 28 kwietnia 2011 o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845, z późn. zm.)

.....

(imię i nazwisko kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą, określenie funkcji, podpis)