

Proszę wypełnić **DRUKOWANYMI LITERAMI** Wrocław, dnia.....

Imię i nazwisko:.....

Numer **PESEL**:..... **TELEFON**:.....

**IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA**:.....

Lp.	Nazwa leku / wyrobu medycznego	Ilość opakowań
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		

**ODBIÓR SMS** Wystarczy napisać maila na adres [erecepta@dolmed.pl](mailto:erecepta@dolmed.pl) i tym samym złożyć zapotrzebowanie na leki. Pamiętaj **wypełnij dobrze** Twoje imię i nazwisko, **PESEL** oraz numer telefonu, na który wysłamy Tobie 4-cyfrowy kod recepty.

**ODBIÓR OSOBISTY kodu E-RECEPTY**

Wystawione recepty na leki / zlecenia na wyroby medyczne wydawane są w rejestracji, **dnia następnego od godziny 15:00-18:00** lub w każdy kolejny dzień roboczy w godzinach **7:00-18:00**, osobiście za okazaniem dokumentu tożsamości, lub poprzez osobę drugą z pisemnym upoważnieniem od pacjenta.

**PEŁNOMOCNICTWO**

Upoważniam ....., legitymującego się  
Imię i nazwisko

do odbioru recept/zleceń na wyroby medyczne z  
Seria i nr

Dolnośląskiego Centrum Medycznego DOLMED Spółka Akcyjna.

.....  
Podpis pacjenta

.....  
DATA ODBIORU

.....  
Podpis osoby odbierającej