pieczęć jednostki

.....,dnia .....20.....r.

S.P.W.Z.O.Z Stargard

ŚR. P S Y C H O T R O P O W E

RECEPTARIUSZ NR ...../...../.....

Nazwa i dawka leku	Ilość	Ilość wydania	Cena jednostkowa	Wartość
		Nr w ks. psych		

Wydał .....

Wycenił .....

Sprawdził .....

Ordynator/Kierownik .....

Potwierdz. odbiór .....
(pielęgn. oddz.)

z. 795/2020 "DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40