centrum medyczne promed

Jelenia Góra, dnia ……..……..

FORMULARZ ZAPOTRZEBOWANIA NA WYROBY MEDYCZNE

Imię i nazwisko: ……..……..

PESEL: …… Numer telefonu kontaktowego: ……

Adres zamieszkania: ……..……..……....

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego: ……..

LP.	NAZWA WYROBU MEDYCZNEGO	LICZBA SZTUK	NA OKRES

Kod do e-recepty można odebrać osobiście w rejestracji przychodni lub telefonicznie pod numerem telefonu 75 64 17 100 w kolejnym dniu roboczym **po godzinie 15.00**. Osoby posiadające Internetowe Konto Pacjenta mogą samodzielnie pobrać kod do e-recepty logując się na swój profil.