

Recepta		
Świadczeniodawca		
Pacjent	Oddział NFZ	
	Uprawnienia dodatkowe	
PESEL		
Rp	Odpłatność	
	Odpłatność	
	Odpłatność	
	Odpłatność	
	Odpłatność	
Data wystawienia:	Dane i podpis pielęgniarki lub położnej	
Data realizacji „od dnia”:		
	Dane podmiotu drukującego	