**LISTA LEKÓW PRZYJMOWANYCH PRZEZ MIESZKAŃCA**

**( W OKRESIE CO NAJMNIEJ OSTATNICH DWÓCH MIESIĘCY)**

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 IMIĘ I NAZWISKO MIESZKAŃCA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | NAZWA LEKU | DAWKOWANIE LEKU |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Miejscowość: …………………………………………………………

Data: …………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

Podpis mieszkańca lub opiekuna faktycznego/ przedstawiciela ustawowego