

Imię i nazwisko.....PESEL: .....

Adres: .....

Lp.	Ilość
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Pomiar ciśnienia \_\_\_\_\_

Poziom glukozy \_\_\_\_\_

Odbiór recept do siedmiu dni roboczych osobiście lub przez osoby upoważnione.  
Jednocześnie informuję, iż nie przebywam w szpitalu, sanatorium czy innym zakładzie leczenia zamkniętego.

Podpis pacjenta\_\_\_\_\_

Osoba odbierająca wniosek \_\_\_\_\_