

<b>Recepta</b>	
Świadczeniodawca	
<b>Pacjent</b>	<b>Oddział NFZ</b>
	Uprawnienia dodatkowe
<b>PESEL</b>	
<b>Rp</b>	<b>Odpłatność</b>
<b>Data wystawienia:</b>	<b>Dane i podpis lekarza</b>
<b>Data realizacji „od dnia”:</b>	<b>Dane podmiotu drukującego</b>

<b>Recepta</b>	
Świadczeniodawca	
<b>Pacjent</b>	<b>Oddział NFZ</b>
	Uprawnienia dodatkowe
<b>PESEL</b>	
<b>Rp</b>	<b>Odpłatność</b>
<b>Data wystawienia:</b>	<b>Dane i podpis lekarza</b>
<b>Data realizacji „od dnia”:</b>	<b>Dane podmiotu drukującego</b>

Zlecenie <input type="checkbox"/>
Recepta <input type="checkbox"/>
Data, podpis:

Zlecenie <input type="checkbox"/>
Recepta <input type="checkbox"/>
Data, podpis: