|  |
| --- |

…………………………….

*Miejscowość, data*

***………………………………..***

*Imię i nazwisko pacjenta*

………………………………..

*Adres*

**ZAMÓWIENIE**

| L.p. | Nazwa | Numer katalogowy | Rozmiar | Ilość sztuk |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Termin realizacja zamówienia:……………………

Podane ilości w zamówieniu pacjenta w materiały jednorazowe na okres 3 miesięcy

……………………………………………

**CZYTELNY** podpis pacjenta lub opiekuna