

.....
pieczęć nagłówkowa
świadczeniodawcy

.....
miejscowość, data

ZAPOTRZEBOWANIE Nr

dotyczące recept na środki odurzające, substancje psychotropowe lub inne leki, oznaczone symbolem Rpw.

Proszę o przydzielenie recept według następującej specyfikacji:

Nr umowy z Pomorskiem OW NFZ:

Lp.	Imię	Nazwisko	Nr PWZ	Ilość blozków (1 bloczek 50 recept)	Nr recepty od*	Nr recepty do*

* wypełnia pracownik NFZ

Oświadczam, że recepty będą wykorzystywane zgodnie z umową zawartą z Pomorskim OW NFZ.

.....
Pieczęć i podpis osoby uprawnionej