ZAMÓWIENIE DRUKÓW RECEPT

Ilość numerów recept przyznanych przez NFZ: ..... sztuk

Nr początkowy recept (22 cyfr): |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nr końcowy recept (22 cyfr): |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nr Regon / Nr umowy z NFZ |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Imię i nazwisko lekarza: .....

PESEL lekarza: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nr prawa wykonywania zawodu …….

Osoba upoważniona do zamawiania recept: ……

Telefon kontaktowy: .....

Treść nagłówka recept pro auctore i pro familiae:

……

……

……

……

Dane do faktury:

Nazwa: .....

.....

Adres: .....

.....

NIP: .....

Data i podpis osoby zamawiającej