

Pieczęć apteki szpitalnej

Bytom, dnia .....

**Zlecenie na transport leków i/lub wyrobów medycznych do żywienia pozajelitowego.**

Proszę o przewiezienie leków/wyrobów medycznych do żywienia pozajelitowego:

z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 – Apteka Szpitalna, Bytom, al. Legionów 10

w dniu ..... o godzinie .....

do :

1. ....

.....

2. ....

.....

3. ....

.....

4. ....

.....

5. ....

.....

nazwisko i adres chorego

Podpis Zlecającego.....