



**ZLECENIE NA PODAWANIE LEKÓW PRZEZ PIEŁĘGNIARKĘ W SPECJALNYM  
OŚRODKU SZKOLNO-WYCHOWAWCZYM im. JANUSZA KORCZAKA W MOSINIE**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA.....

PESEL .....

ADRES .....

Nazwa leku/dawka	R	P	W

Data i pieczęć lekarza.....