



**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MIŃSKU MAZOWIECKIM**

**WNIOSEK O WYSTAWIENIE RECEPTY**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

NR PESEL

AKTUALNY ADRES ZAMIESZKANIA

TELEFON KONTAKTOWY

**Zwracam się z prośbą o wystawienie recepty na następujące leki/wyroby medyczne:**

IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA POZ

| LP. | NAZWA I DAWKA LEKU | ILOŚĆ OPAKOWAŃ | POSTAĆ LEKU (tabletki, czopki, maść inne - jakie?) |
|-----|--------------------|----------------|--|
| 1   |                    |                |  |
| 2   |                    |                |  |
| 3   |                    |                |  |
| 4   |                    |                |  |
| 5   |                    |                |  |

**SPOSÓB ODBIORU RECEPTY**

posiadam Internetowe Konto Pacjenta (IKP)/ e-receptę zrealizuję na podstawie 4-cyfrowego kodu, który otrzymam SMS-em/ nie potrzebuję wydruku informacyjnego

proszę o wydruk informacyjny recepty, którą odbiorę osobiście

proszę o wydruk informacyjny recepty, którą w moim imieniu odbierze osoba przeze mnie upoważniona:

**DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO ODBIORU RECEPTY W MOIM IMIENIU:**

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UPOWAŻNIONEJ

NR DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI ZE  
ZDJĘCIEM

data i czytelny podpis Pacjenta

Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim, ul. Szpitalna 37, 05-300 Mińsk Mazowiecki. Dane osobowe są zbierane i przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w zakresie świadczenia usług zdrowotnych. Pacjentom przysługuje prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, żądania ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.