

ZAŁĄCZNIK Nr 2

APTEKA:

.....

.....

(pieczęć albo identyfikator usługodawcy)

.....

(numer i data wydania zezwolenia)

Lp .	Numer wewnętrzny nadawany przez aptekę	Nazwa produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego	Ilość	Przyczyna wydania produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego	Data ważności i numer serii produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego	Imię, nazwisko i adres pacjenta, któremu został wydany produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny	Imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu	Data wydania produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego
1	2	3	4	5	6	7	8	9