

ZAMÓWIENIE NA DRUK RECEPT

Zamawiający – dane do faktury:


 Nazwa

 Adres

 Kod pocztowy, miejscowość

 NIP:

 Osoba kontaktowa, telefon

Recepta 02005400067122230154	
A	
Świadczeniodawca	
Pacjent	Oddział NFZ B Upoważnienia
	Ch. przewlekle
PESEL	
Rp.	
 <small>02005400067122230154</small>	
Data wystawienia	Dane ident. i podpis lekarza
Data realizacji od dnia	
<small>Rekpol Sp. z o.o., ul. Grunwaldzka 32, 85-236 Bydgoszcz, tel. 52 3222004 www.rekpol.eu</small>	

A - Dane świadczeniodawcy – do wpisania na recepcie

 Nazwa

 Adres

 Kod pocztowy, miejscowość

 Telefon

 Regon

B- Oddział NFZ

Numeracja recept

 Numer początkowy

 Numer końcowy

 Ilość zamawianych bloczków (100 recept w bloczku)

