***Załącznik nr 2***

**LISTA LEKÓW PRZEKAZANYCH**

**W DNIU……………………………**

Imię i nazwisko Pensjonariusza: PESEL:

…………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa handlowa leku** | **Substancja czynna** | **Ilość** | **Seria/Data ważności** | **Ilość zwrotu po zakończonym pobycie** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 …………………………………………

 (Podpis Pielęgniarki/Opiekunki)

TRYSZCZYN,………………………… ……………………………………….

 Miejscowość, data Podpis Pensjonariusz/Opiekun prawny