



OBSŁUGA POLIGRAFICZNO-REKLAMOWA

85-844 Bydgoszcz, ul. Toruńska 109
tel. 52 327 80 86, 52 321 16 77, e-mail: violetta.brzeska@krd.info.pl

ZAMÓWIENIE NA DRUK RECEPT

Zamawiający – dane do faktury:

Nazwa




.....

Adres

Kod pocztowy, miejscowość

NIP:

Osoba kontaktowa, telefon

Receipta 010200000000228900181 A <small>REGON: 31415660</small>  <small>Świadczeniodawca</small> 2314183608005	
<small>Pacjent</small> <small>PESEL</small> <small>Rp</small>	<small>Oddział NFZ</small> B <small>Uprawnienia</small> <small>rodzajowe</small> <small>Odpłatność</small>
 <small>010200000000228900181</small> <small>Data wystawienia:</small>	
<small>Data realizacji „od dnia”:</small>	<small>Dane i podpis osoby uprawnionej</small> C  <small>300601003102</small>

A - Dane świadczeniodawcy – do wpisania na recepcie

Nazwa

Adres

Kod pocztowy, miejscowość

Telefon

Regon*

* - pole obowiązkowe (jeżeli jest nadany)

B - Oddział NFZ

C - Dane identyfikacyjne i podpis lekarza

- Imię i nazwisko lekarza

- Specjalizacja

- Numer prawa wykonywania zawodu*

* - pole obowiązkowe

Numeracja recept

Numer początkowy

Numer końcowy

Ilość zamawianych recept (100 recept w bloczku)

Prosimy o wypełnienie formularza i wysłanie na adres e-mail: violetta.brzeska@krd.info.pl