

.....
 (dane identyfikacyjne uprawnionej jednostki
 organizacyjnej lub uprawnionej osoby fizycznej)

.....
 (data sporządzenia)

ZAPOTRZEBOWANIE NA ZAKUP PRODUKTÓW LECZNICZYCH / WYROBÓW MEDYCZNYCH

Lp.	Nazwa produktu leczniczego / wyrobu medycznego, dawka, postać farmaceutyczna, wielkość opakowania	Ilość	UWAGI
1	2	3	4

Przewidywany termin realizacji zapotrzebowania

Dane osoby upoważnionej do odbioru

.....
 (podpis i pieczętka kierownika uprawnionej jednostki organizacyjnej* lub
 uprawnionej osoby fizycznej)

.....
 (data oraz pieczętka i podpis osoby przyjmującej zapotrzebowanie do realizacji)

* lub osoby upoważnionej przez kierownika uprawnionej jednostki organizacyjnej