KARTA FARMAKOTERAPII PRACOWNI ENDOSKOPOWEJ

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA: .....

LEKI, DAWKA: .....

PODPIS LEKARZA

.....

PODPIS PIELĘGNIARKI

.....

Druk, tel. 61-819-41-61(65), fax 828-55-15, MED-Dbw-003