24

Karta Cukrzycowa

Imię i nazwisko..... Sala .....

DATA	GODZINA	POZIOM GLIKEMII mg%	RODZAJ LEKU

z. 458/2018 „DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40
Gdańsk, ul. Abrahama 7, tel./fax 58 557 59 05 www.pphudruk.com.pl

Karta Cukrzycowa

Imię i nazwisko..... Sala .....

DATA	GODZINA	POZIOM GLIKEMII mg%	RODZAJ LEKU

z. 458/2018 „DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40
Gdańsk, ul. Abrahama 7, tel./fax 58 557 59 05 www.pphudruk.com.pl