20

KARTA FARMAKOTERAPII PRACOWNI ENDOSKOPOWEJ

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA: .....

LEKI, DAWKA: .....

PODPIS LEKARZA

.....

PODPIS PIELĘGNIARKI

.....

z. 462/2018 „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