



Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów  
Lecznictwa Otwartego Warszawa – Ochota  
ul. Szczęśliwicka 36, 02-353 Warszawa  
tel.: 22 822 32 21/25 www.szpzlo-ochota.pl

**Załącznik nr 3**

## **Informacja o przekazaniu recept**

Ja, niżej podpisany

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(nr PESEL)

.....  
(Adres zamieszkania)

Oświadczam, że odebrałem/am receptę/y wystawioną/e w dniu  
.....r. w ramach udzielenia świadczenia Panu(i)  
....., zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy  
z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

.....  
Data i podpis