



„КОМПЛЕКСЕН ОНКОЛОГИЧЕН ЦЕНТЪР - ШУМЕН“ ЕООД

адрес: ул. „Васил Андреев“ 63, тел.: 054/800 832, факс: 054/800 313, e-mail: office@oncocenter.org

000.117

Рецептурна бланка № .....

За лекарствени продукти заплащани от НЗОК

Наименование на лечебното заведение - Рег. № .....

Лекар(име) .....

УИН на лекаря ..... Дата .....

Заболяване на група № ..... по прил. №1

Протокол № ..... Дата .....

1. ....

.....

.....

2. ....

.....

.....

3. ....

.....

.....

Лекар:

(подпис и печат)

Пациент: .....

ЕГН: .....

Дом. адрес: .....

.....

.....

.....

гр.(с.) .....

Отпуснал:

Получил:

Маг. фарм. УИН

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

(подпис и печат)

Дата:

Печат: "ХИМЕРА" ООД, гр. Шумен, тел.: 054 / 830 585, e-mail: print@himeraltd.com