

W-077A

[illegible]

Wr-Ka-11 Druk: **IMPACT** Myslowice, tel./fax: (32) 762 94 23 1

KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH

Oddział ..... Nazwisko i imię ..... PESEL .....

Data															
Nazwa leku / dawka / droga podania	Pieczętka i podpis lekarza	Godzina i podpis osoby realizującej zlecenie		Pieczętka i podpis lekarza	Godzina i podpis osoby realizującej zlecenie		Pieczętka i podpis lekarza	Godzina i podpis osoby realizującej zlecenie		Pieczętka i podpis lekarza	Godzina i podpis osoby realizującej zlecenie		Pieczętka i podpis lekarza	Godzina i podpis osoby realizującej zlecenie	
Pieczętka i podpis osoby realizującej zlecenie (zmiana dzienna)															
Pieczętka i podpis osoby realizującej zlecenie (zmiana nocna)															