PRIIMEK IN IME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATUM ROJSTVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFON/GSM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OSEBNI ZDRAVNIK\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATUM NAROČILA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naročilo oddajte vsaj **en teden** preden Vam zmanjka zdravil.

Hvala.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IME ZDRAVILA (Z DOZO)** | **DNEVNI ODMEREK** | **ŠTEVILO PAKIRANJ** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Naročena zdravila lahko prevzamete s kartico zdravstvenega zavarovanja v katerikoli lekarni **v roku TREH dni.**