

AK.ZP.34310-24/2008

Włocławek, dnia

Komórka-Osiedlowa
Sekcja Pomocy Społecznej Nr ...

WNIOSEK

Proszę o zrealizowanie recept szt. wystawionych na nazwisko
..... adres

Koszt leków zostanie pokryty przez MOPR i przesłany na konto bankowe
apteki zgodnie z obowiązującą strony umową.

podpis pracownika socjalnego
pieczęć

zatwierdził: _____
kierownik OSPS

Wypełnia apteka

Ogółem koszt leków _____ zł

pieczęć i podpis