

Recepta

07219140045106182188

**07R/1/0043E/01/01**

NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ  
01-887 Warszawa, ul. Żeromskiego 13  
tel./fax 834 66 69, 834 26 77  
Regon 018125090, NIP 118-14-77-

Świadczeniodawca:

Pacjent:

*OX*  
Oddział NFZ

*X*  
Uprawnienia

*P*  
Ch.przewlekle

PESEL

Rp

*Thermal but. 96 ml.*

*D. 3 x 8 iniekcji*



07219140045106182188

Data wystawienia:

*14.07.2010*

Data realizacji od dnia:

*X*

Dane id. i podpis lekarza:

*Dr med. Krzysztof Putkiewicz*  
*Specjalista chorób wewnętrznych*  
*ZUS/7165*