

Załącznik nr 2  
do Specyfikacji Istotnych  
Warunków Zamówienia

AK.ZP.34310-22/2009

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 stroną umowy.

\_\_\_\_\_  
podpis pracownika socjalnego  
pieczęć

zatwierdził: \_\_\_\_\_  
kierownik OSPS

Wypełnia apteka

Ogółem koszt leków \_\_\_\_\_ zł

\_\_\_\_\_  
pieczęć i podpis