

AK.ZP.34310-18/2008

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  
pieczętka

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

Wypełnia apteka

Ogółem koszt leków \_\_\_\_\_ zł

\_\_\_\_\_  
pieczętka i podpis