

.....  
(dane identyfikacyjne uprawnionej jednostki  
lub uprawnionej osoby fizycznej)

.....  
(numer druku i data wystawienia)

**ZAPOTRZEBOWANIE NR.....  
NA ZAKUP PRODUKTÓW LECZNICZYCH / WYROBÓW MEDYCZNYCH**

Lp.	Nazwa produktu leczniczego / wyrobu medycznego, dawka, postać farmaceutyczna, wielkość opakowania	Ilość	UWAGI
1	2	3	4

Przewidywany termin realizacji zapotrzebowania .....

Dane osoby upoważnionej do odbioru .....

.....  
(Podpis i pieczęć kierownika uprawnionej jednostki  
organizacyjnej\* lub uprawnionej osoby fizycznej)

.....  
(data oraz pieczęć i podpis osoby przyjmującej zapotrzebowanie do realizacji)

---

\* lub osoby upoważnionej przez kierownika uprawnionej jednostki organizacyjnej.

.....  
**Dane identyfikacyjne podmiotu wykonującego działalność leczniczą**

(adres, numer telefonu, NIP)

**Liczba pacjentów**, którym zostały podane – w związku z udzielonym świadczeniem zdrowotnym – produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne nabyte na podstawie poprzedniego zapotrzebowania:

.....  
**Potwierdzenie osoby uprawnionej do wystawiania recept** w zakresie prowadzonej działalności zawierające jej podpis oraz naniesione w formie nadruku albo pieczętki imię i nazwisko oraz identyfikator, o którym mowa w art. 17 ust. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;

.....  
(imię, nazwisko, podpis oraz identyfikator /PWZ)

## **OŚWIADCZENIA**

### **Kierownik podmiotu:**

*Oświadczam, że ujęte w wystawionym zapotrzebowaniu produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne zostaną wykorzystane wyłącznie w celu udzielenia pacjentowi świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie wykonywanej działalności leczniczej oraz że takie same produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne, nabyte na podstawie poprzednich zapotrzebowań, zostały wykorzystane wyłącznie w powyżej określonym celu. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

.....  
**Osoba uprawniona do wystawiania recept:**

*Oświadczam, że ujęte w wystawionym zapotrzebowaniu produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne zostaną wykorzystane wyłącznie w celu udzielenia pacjentowi świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie wykonywanej działalności leczniczej oraz że takie same produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne, nabyte na podstawie poprzednich zapotrzebowań, zostały wykorzystane wyłącznie w powyżej określonym celu oraz że ujęte w zapotrzebowaniu produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne stanowią jednomiesięczny zapas konieczny do realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach wykonywanej działalności leczniczej. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*