

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

.....
(data sporządzenia)

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

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

Przewidywany termin realizacji zapotrzebowania

Dane osoby upoważnionej do odbioru

.....
(podpis i pieczętka kierownika uprawnionej jednostki organizacyjnej* lub
uprawnionej osoby fizycznej)

.....
(Data oraz pieczętka i podpis osoby przyjmującej zapotrzebowanie do realizacji)

* lub osoby upoważnionej przez kierownika uprawnionej jednostki organizacyjnej