



**VENTRICULUS**  
LESZCZYŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O.



64-100 Leszno, ul. Słowiańska 41  
tel. 065-520-65-80, fax 065-529-25-63

Leszno, dnia .....

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż pacjent.....

(imię i nazwisko pacjenta, pesel lub data urodzenia)

.....

(adres)

dnia..... nie przebywa w żadnej placówce medycznej,  
która ma podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Proszę o wypisanie następujących leków:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....

(podpis pacjenta)