

**EWIDENCJA ZAPOTRZEBOWAŃ
PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ NA ROK**

Podmiot wykonujący działalność leczniczą

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

.....
(numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą)

Lp.	Numer druku i data wystawienia zapotrzebowania	Imię i nazwisko osoby uprawnionej do wystawiania recept w zakresie prowadzonej działalności, która potwierdziła zapotrzebowanie	Liczba pacjentów, którym zostały podane – w związku z udzielonym świadczeniem zdrowotnym – produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne	Imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu
1	2	3	4	5