

| | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|---------------|
| Kód pojišťovny _____ | VÝPIS Z RECEPTU série VK | poř. č. _____ |
| Příjmení a jméno _____ | | |
| Číslo pojištěnce _____ | | f. _____ |
| Bydliště (adresa) _____ | | |

I
C
P

Rp.

| | | |
|-----------|-----------|------------|
| Sk. _____ | Kód _____ | Cena _____ |
|-----------|-----------|------------|



Výpis z receptu číslo
vystaveného dne
MUDr. IČP

Dne: _____

_____ podpis a razítko lékárny

| | |
|------------------|--------------|
| Připravil: _____ | Vydal: _____ |
|------------------|--------------|

Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny:
