

Miejscowość, data

**POTWIERDZENIE WYDANIA ODPOWIEDNIKA (ZAMIENNIKA) PRODUKTU LECZNICZEGO
WSKAZANEGO NA RECEPCIE**

Niniejszym potwierdzam, że w dniu w ramach realizacji
recepty nr,
wystawionej imiennie na:

.....

(imię i nazwisko osoby wskazanej na recepcie)

na której został przepisany produkt leczniczy:

.....

(nazwa produktu leczniczego wskazanego na recepcie)

wydano pacjentowi produkt leczniczy:

.....

(nazwa produktu leczniczego wydanego w aptece, zgodna z dokumentem zakupu)

jako odpowiednik (zamiennik) produktu leczniczego wskazanego na recepcie.

Potwierdzenie wydaje się na prośbę pacjenta w celu przedłożenia wraz z dokumentacją
potwierdzającą poniesienie wydatku na zakup leku.

Podpis farmaceuty:

Pieczęć apteki / farmaceuty: