У «Гомельская областная клиническая больница»

**ЗАКАЗ №**  **НА СКЛАД ПЕДИАТРИИ**

Дата составления:

Сотрудник –

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Препарат | Количество |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Подпись \_\_\_\_\_\_\_