Recepta		
Świadczeniodawca		
Pacjent		Oddział NFZ
1 acjent		Oute Line 1 12 2
		Uprawnienia
		dodatkowe
PESEL		
Rp		Odpłatność
		·
Data wystawienia:	Dane i podpis lekarza	
Data realizacji "od dnia":		
Data remiencji "ou dain"		
	Dane podmiotu d	rukujacego