ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ
НА МАКЕДОНИЈА

Р Е Ц Е П Т

ЗА ПРОПИШУВАЊЕ НА ЛЕК

Место за потврда за платен придонес

Подрачна служба _____

Презиме и име _____

_____

Адреса _____

Години на живот (за деца до 15 години) _____

Број на здравствена легитимација ___ - _____ - __

Единствен матичен број _____

Регистарски број на обврзникот	Основ на осигурување	Број на здравствен картон

По препорака од специјалист _____

Rp.

_____
Дијагноза

_____
Дата

МП

123456

_____
Факсимил и потпис
на избраниот лекар

Пополнува аптеката

Шифра на аптеката	Шифра на лекот	Бр.на пак.	Количина	Цена

Гален.облик	Вид услуга

_____
Дата

МП

_____
Потпис на фармацевтот