**Peritoneālās dialīzes ārstniecības līdzekļu pasūtījuma veidlapa**

*Piegādātāja nosaukums* Fax.:

|  |  |
| --- | --- |
| Pasūtījuma datums |  |

Informācija par pacientu:

|  |  |
| --- | --- |
| Vārds, uzvārds |  |
| Personas kods |  |
| Dzīvesvietas adrese,Tālrunis |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Preču nosaukums** | **Daudzums** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Piegādes datums |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Piegādes vieta |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Komentāri |  |

**Pasūtītājs**:

|  |  |
| --- | --- |
| Vārds, uzvārds |  |
| Tālrunis: |  |
| E-pasts: |  |