

SAJÁT ADATAIM

Nevem:

TAJ számom:

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Telefonszámom:

Gyógyszerérzékenységem (allergia):

Akadályoztatásom esetén a nevemben eljáró személy neve és elérhetősége:

Háziorvosom neve és elérhetősége:

Gyógyszertáram neve és elérhetősége:

A **SZEBB**-program célja a **SZ**ükséges, **E**redményes és **B**iztonságos **B**eteg-együttműködés a gyógyszerertárakban!

**FORDULJON BIZALOMMAL
GYÓGYSZERÉSZÉHEZ!**



GYÓGYSZEREIM
5xM TÁBLÁZAT

SZEDDJE SZEBBEN GYÓGYSZEREIT!

