Załącznik nr 3C

NOWY LEK
OPIEKA
FARMACEUTYCZNA

Deklaracja pacjenta/ opiekuna faktycznego pacjenta* o nowym leku

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL .....

w przypadku udziału opiekuna faktycznego pacjenta:

imię i nazwisko opiekuna faktycznego pacjenta

.....

Oświadczam, że lek:

nazwa leku .....

dawka leku .....

postać farmaceutyczna .....

jest nowym lekiem, niestosowanym w dotychczasowej terapii.

.....

data, czytelny podpis pacjenta/ opiekuna faktycznego

**niepotrzebne skreślić*