

WNIOSEK O SKREŚLENIE LEKU ZE SZPITALNEJ LISTY LEKÓW

1. Nazwa międzynarodowa leku.....

2. Postać, dawka.....

4. Kategoria leku według Receptariusza (ATC)

.....

5. Uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Data

.....
Podpis Wnioskodawcy

Warszawa, dnia.....

Decyzja Komitetu Terapeutycznego

Nazwa międzynarodowa leku.....

Postać, dawka.....

Zespół postanawia przyjąć/odrzuć * wniosek o wykreślenie ww. leku ze Szpitalnej Listy Leków.

UZASADNIENIE:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Podpis i pieczęć Przewodniczącego Komitetu Terapeutycznego

* niepotrzebne skreślić