**Załącznik nr 2** Łódź dnia .....

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
Filia Łódź-Widzew
93-217 Łódź ul. Grota Roweckiego 30
Tel./fax 0-42 677-15-50

**APTEKA**

**.....**

**.....**

# ZLECENIE

*na pokrycie kosztów leków zgodnie z załącznikiem nr 1 do umowy ..... z dnia .....*

Prosimy o wydanie leków
na kwotę .....zł, słownie złotych .....
Pani/Panu .....zam. Łódź ul. .....
Zgodnie z oszacowanymi przez Was kosztami na recepcie z dnia .....

*Zlecenie ważne jest przez 14 dni od daty wydania, nie później niż do dnia 18.12.2009r.*
*Nie zrealizowanie recepty w tym terminie będzie stanowiło podstawę do wydania decyzji odmawiającej przyznania pomocy na ten cel.*

..... .....
*pokwitowanie odbioru* *pieczątka i podpis pracownika socjalnego*