

**DISPENSAZIONE**

**I campi contrassegnati con \* sono obbligatori.**  
**N.B. inserire il punto per indicare i decimali, laddove necessario, es.35.5 mg**

DISPENSAZIONE		
AIC	<b>N.041021015/E;</b> 0,44 mg/ml - soluzione iniettabile - uso endovenoso - flaconcino (vetro) 2 ml» 1 flaconcino	N. di confezioni dispensate _____
AIC	<b>N.041021027/E</b> 0,44 mg/ml - soluzione iniettabile - uso endovenoso - flaconcino (vetro) 2 ml» 6 flaconcini	
Dose dispensata nel ciclo*		_____ mg
Data di dispensazione*		___/___/___ (gg mm aaaa)

\_\_\_\_\_  
 Nome del Medico

\_\_\_\_\_  
 Data

\_\_\_\_\_  
 Firma