



DISPENSAZIONE

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

DATI DISPENSAZIONE	
AIC 034949014/E	N. di confezioni _____
Dose dispensata nel ciclo*	_____ mg
Data di dispensazione*	____/____/____ (gg mm aaaa)

 Nome del Medico

 Data

 Firma