

NUOVA DISPENSAZIONE

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.039260017/E</b> 250 mg - compresse rivestite con film - uso orale - blister (PVC/AL)-3X10 compresse	N. di confezioni dispensate	_____
AIC	- <b>N. 039260029/E</b> 250 mg - compresse rivestite con film - uso orale - blister (PVC/AL)- non perforato 30 compresse	N. di confezioni dispensate	_____
Dose dispensata nel ciclo*		_____ mg	
Data di dispensazione*		___/___/_____(gg mm aaaa)	

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

\_\_\_\_\_  
 Data

\_\_\_\_\_  
 Firma