

DISPENSAZIONE

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

DISPENSAZIONE			
AIC	039540012/E	N. di confezioni dispensate	_____
AIC	039540036/E	N. di confezioni dispensate	_____
AIC	039540051/E	N. di confezioni dispensate	_____
AIC	039540075/E	N. di confezioni dispensate	_____
AIC	039540099/E	N. di confezioni dispensate	_____
AIC	039540113/E	N. di confezioni dispensate	_____
Dose dispensata nel ciclo*		_____ mg	
Data di dispensazione*		___/___/_____(gg mm aaaa)	

 Nome del Medico

 Data

 Firma