

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	N. 039549011/E	N. di confezioni dispensate	_____
Dose dispensata nel ciclo*		_____ mg	
Data di dispensazione*		___/___/___ (gg mm aaaa)	

Nome del Medico

Data

Firma