DISPENSAZIONE

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

DISPENSAZIONE			
AIC	N .038328011/E; 200 mg capsula rigida uso orale blister (PVC/PVDC/AL) 28 capsule	N. di confezioni dispensate	_____
	N .038328035/E; 200 mg capsula rigida uso orale blister (PVC/PVDC/AL) 112 capsule	N. di confezioni dispensate	_____
	N .038328050/E; 150 mg capsula rigida uso orale blister (PVC/PVDC/AL) 28 capsule	N. di confezioni dispensate	_____
	N .038328062/E; 150 mg capsula rigida uso orale blister (PVC/PVDC/AL) 112 capsule	N. di confezioni dispensate	_____
Dose dispensata nel ciclo*		_____ mg	
Data di dispensazione*		____/_____/_____(gg mm aaaa)	

_____ Nome del Medico

_____ Data

_____ Firma