

**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. <b>036559019/E</b> ; 1 flaconcino da 3,5 mg	N. di confezioni dispensate	_____
Dose dispensata nel ciclo*		_____ mg	
Data di dispensazione*		___/___/___ (gg mm aaaa)	

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

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma