

Alla c.a. del/la Dr./D.ssa _____

RICHIESTA FARMACI RIPETITIVI.

(scrivere in stampatello)

Io sottoscritto/a _____, nato/a il _____ tel./cell. nr. _____
_____ in data _____ richiedo quanto segue:

FARMACO: Nr. _____ confezioni di _____ mg _____

FARMACO: Nr. _____ confezioni di _____ mg _____

FARMACO: Nr. _____ confezioni di _____ mg _____

FARMACO: Nr. _____ confezioni di _____ mg _____

FARMACO: Nr. _____ confezioni di _____ mg _____

FARMACO: Nr. _____ confezioni di _____ mg _____

FARMACO: Nr. _____ confezioni di _____ mg _____



Alla c.a. del/la Dr./D.ssa _____

RICHIESTA FARMACI RIPETITIVI.

(scrivere in stampatello)

Io sottoscritto/a _____, nato/a il _____ tel./cell. nr. _____
_____ in data _____ richiedo quanto segue:

FARMACO: Nr. _____ confezioni di _____ mg _____

FARMACO: Nr. _____ confezioni di _____ mg _____

FARMACO: Nr. _____ confezioni di _____ mg _____

FARMACO: Nr. _____ confezioni di _____ mg _____

FARMACO: Nr. _____ confezioni di _____ mg _____

FARMACO: Nr. _____ confezioni di _____ mg _____

FARMACO: Nr. _____ confezioni di _____ mg _____