

**DICHIARAZIONE IN MERITO ALLE PRESCRIZIONI DI FARMACI IN FASCIA C) PER L'ACCESSO AL BANDO SPESE SANITARIE DEL COMUNE DI TREVIGLIO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

**in qualità di MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

del Sig. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 su richiesta dello stesso,

**C E R T I F I C A**

Di avere prescritto al proprio assistito sopra nominato i seguenti **farmaci ricompresi nella cosiddetta fascia "C"**, di cui all'art. 8 comma 10 Legge 1993/537 e s.m.i.:

Nome del farmaco: _____	<b>A CURA DEL FARMACISTA:</b>
Posologia: _____	N. confezioni MENSILI necessarie _____
Durata della terapia: _____	Prezzo di ogni confezione _____

---

Nome del farmaco: _____	<b>A CURA DEL FARMACISTA:</b>
Posologia: _____	N. confezioni MENSILI necessarie _____
Durata della terapia: _____	Prezzo di ogni confezione _____

---

Nome del farmaco: _____	<b>A CURA DEL FARMACISTA:</b>
Posologia: _____	N. confezioni MENSILI necessarie _____
Durata della terapia: _____	Prezzo di ogni confezione _____

---

Nome del farmaco: _____	<b>A CURA DEL FARMACISTA:</b>
Posologia: _____	N. confezioni MENSILI necessarie _____
Durata della terapia: _____	Prezzo di ogni confezione _____

---

Nome del farmaco: _____	<b>A CURA DEL FARMACISTA:</b>
Posologia: _____	N. confezioni MENSILI necessarie _____
Durata della terapia: _____	Prezzo di ogni confezione _____

Treviglio, lì \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

TIMBRO E FIRMA DEL FARMACISTA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_