

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: _____	A CURA DEL FARMACISTA:
Posologia: _____	N. confezioni MENSILI necessarie _____
Durata della terapia: _____	Prezzo di ogni confezione _____

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

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

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

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

Treviglio, lì _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

TIMBRO E FIRMA DEL FARMACISTA
