

DICHIARAZIONE IN MERITO ALLE PRESCRIZIONI DI FARMACI IN FASCIA C) E DISPOSITIVI MEDICI CHIRURGICI CON MARCHIO CEE 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 dispositivi medici chirurgici con marchio CEE e/o **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
