

STUDI MEDICI DI FAMIGLIA

dal Lunedì al Venerdì: 8.30 - 12.00 15.00- 18.30

Tel e Fax: 0422 207424 mail: ambulatoriosantiziano@gmail.com

MODULO PER RINNOVO RICETTE – PRESCRIZIONI RIPETITIVE
RITIRO IN SEGRETERIA *PRENDENDO IL NUMERO DAL TOTEM*

MEDICO CURANTE: DOTT. _____

COGNOME E NOME (della persona che prende il farmaco richiesto):

DATA: _____ RECAPITO TELEFONICO: _____

FARMACI / PRESCRIZIONI RICHIESTI

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Note per il medico:

- _____
- _____