

# PRESCRIZIONE MAGISTRALE DI RMNSOD

**Prescrittore** \_\_\_\_\_

**Indirizzo** \_\_\_\_\_

**E-mail** \_\_\_\_\_

**Tel.** \_\_\_\_\_

**Paziente** \_\_\_\_\_

rMnSOD	50 mcg/100 g
Hyaluramine	1,5%
Emulsione base/gel base (specificare il tipo di base)	q.b.

*Flacone da 50 g*

**Timbro e firma**

\_\_\_\_\_

