

# PRESCRIZIONE MAGISTRALE DI RMNSOD

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

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

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

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

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

rMnSOD	50 mcg/100 g
Tè verde E.S 95% EGCG	0,5%
Filagrinol N-P	1%
CBD polvere	0,5%
Fitalite crema gel base	q.b. 100g

*Flacone da 50 g*

**Timbro e firma**

\_\_\_\_\_

