

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

