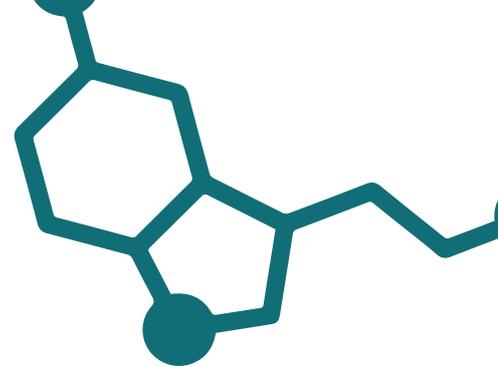


Prescrizione Magistrale



Data _____

Prescrittore _____

Indirizzo _____

E-mail _____

Tel. _____

Paziente _____

Componente	Quantità

Timbro e firma

Modello realizzato da:

iGalenici®