

Alla c.a. del/la Dr./D.ssa _____

RICHIESTA FARMACI RIPETITIVI

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

Io sottoscritto/a _____, nato/a il _____

tel./cell. Nr. _____ in data _____ richiedo

quanto segue:

FARMACO: Nr. _____ confezioni di _____ mg _____

FARMACO: Nr. _____ confezioni di _____ mg _____

FARMACO: Nr. _____ confezioni di _____ mg _____

FARMACO: Nr. _____ confezioni di _____ mg _____

FARMACO: Nr. _____ confezioni di _____ mg _____

FARMACO: Nr. _____ confezioni di _____ mg _____

FARMACO: Nr. _____ confezioni di _____ mg _____

Consegna a mano presso la reception della segreteria oppure inviare a mezzo e-mail all'indirizzo: mmgbarberino@gmail.com, i farmaci saranno pronti 24 ore dopo la consegna della presente richiesta.

I dati qui riportati sono trattati con adeguata protezione da parte di personale appositamente incaricato, ai fini del rispetto della legge sulla privacy.