

ASSISTENZA FARMACEUTICA INTEGRATIVA REGIONALE

FARMACIA UNICA AZIENDALE Tel.0481 592225 (Gorizia) 0432 921535 (Palmanova), Fax 0432 921234	AUTORIZZATA DA (indicare distretto di competenza):
---	--

Autorizzazione n° _____ del _____

VALEVOLE ESCLUSIVAMENTE PER: Farmacia ospedaliera fornitura diretta

Nome Cognome Nata/o il Sesso Tel
C.F. C.R.A. Regione
Azienda di residenza M.M.G.

RESIDENZA
Comune di residenza Via n°

DOMICILIO
Azienda per i Servizi alla Persona
Comune di domicilio Via n°

DIAGNOSI DI:

FORMULATA:
Da Azienda Il
 NUOVO UTENTE MODIFICA RINNOVO

Note

DESCRIZIONE	PEZZI AL MESE	CODICE ISO

La presente autorizzazione ha validità di _____ dalla data del rilascio

Si raccomanda di contattare il Distretto 30 giorni prima dell'eventuale rinnovo.

Data: _____ Medico Prescrittore (dipendente/convenzionato)
(timbro e firma)

Infermiere/Operatore