

РЕЦЕПТ ВРАЧА
для выписки лекарственных препаратов
реализуемых в аптеке за полную стоимость

Министерство здравоохранения Республики Беларусь	Медицинская документация Форма 1 Утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь Код организации здравоохранения или индивидуального предпринимателя
РЕЦЕПТ ВРАЧА	Дата выписки рецепта врача " ____ " _____ Рецепт врача действителен с " ____ " _____

Фамилия, инициалы пациента	_____
Дата рождения	_____
Фамилия, инициалы врача	_____

Rp:	
Rp:	
Rp:	Подпись врача Личная печать врача

Настоящий рецепт действителен в течение _____ дней