

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 000
РЕЦЕПТ ВРАЧА	Дата выписки рецепта врача " 14 " мая
	Рецепт врача действителен с " 18 " мая
Фамилия, инициалы пациента	Test Dolly Matthews
Дата рождения	17.07.1999
Фамилия, инициалы врача	Gregory House Johns
Rp:	ВИТАМИННЫЙ ПРЕМИКС FT061690EU; Производитель:DSM Nutritional Products Sp.z o.o., Польша; Формат распространения препарата:Гель для глаз; Единоразовая дозировка: 3 микрограмм.
Rp:	
Rp:	Подпись врача Личная печать врача

Настоящий рецепт действителен в течение 90 дней