

**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
<b>РЕЦЕПТ ВРАЧА</b>	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