

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 " 29 " апреля
	Рецепт врача действителен с " 29 " апреля
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 о.о., Польша; Формат распространения препарата:Спрей для носа; Единоразовая дозировка: 12.0 впрыскиваний;
Rp:	
Rp:	Подпись врача Личная печать врача

Настоящий рецепт действителен в течение 90 дней