

Regione Emilia Romagna



\*080A0\*



\*3000915110\*

COGNOME E NOME /INIZIALI DELL'ASSISTITO:



\*XXYYYY75B01A944X\*

INDIRIZZO:

CAP: CITTA':

PROV:

ESENZIONE: FASCIA:

SIGLA PROVINCIA: CODICE ASL:08000

DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):

ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE(U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
-		

QUESITO DIAGNOSTICO:

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: Assist.SSN DATA: 14/05/2014 Medico prescrittore: COGNOME\_RN1 NOME\_RN1  
MDCPGT60R02A045R

CODICE AUTENTICAZIONE: 140520141140544900000011765542

*Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010,n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011**La ricetta ha validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.*

SCADENZA: 13/06/2014
