

Dr. _____

Via _____

Città _____

Tel.: _____

Certifico che il paziente _____

è affetto da _____

e deve assumere regolarmente la seguente terapia:

FARMACO	POSOLOGIA

I seguenti farmaci devono essere conservati a 4 ° - 8° C:

TO WHOM IT MAY CONCERN

I certify that _____

is affected by _____

and therefore must assume the following therapy regularly:

DRUG	POSOLOGY

The following drugs should be preserved at 4 ° - 8° C:

Luogo e Data _____

Firma e Timbro
