SCHEMA RIASSUNTIVO PER LA TRASMISSIONE MENSILE DEI DATI SECONDO L'ORDINANZA MINISTERIALE DEL 2 LUGLIO 2009

da inviare alla fine di ogni mese sia alla ASL (Sevizio Farmaceutico) competente per territorio che all'Ordine Provinciale in cui ha sede la farmacia

Denominazione farmacia *(è possibile anche apporre un timbro)*	
Farmacia	
Via	
Città	
Cap	
Telefono	

Denominazione della composizione, forma farmaceutica e dosaggio	**Numero totale di confezioni dispensate**
Denominazione:…….. Forma farmaceutica (cp, tts, ecc.):……. Dosaggio:……..	
Denominazione:…….. Forma farmaceutica (cp, tts, ecc.):……. Dosaggio:……..	
Denominazione:…….. Forma farmaceutica (cp, tts, ecc.):……. Dosaggio:……..	
Denominazione:…….. Forma farmaceutica (cp, tts, ecc.):……. Dosaggio:……..	
Denominazione:…….. Forma farmaceutica (cp, tts, ecc.):……. Dosaggio:……..	
Denominazione:…….. Forma farmaceutica (cp, tts, ecc.):……. Dosaggio:……..	
Denominazione:…….. Forma farmaceutica (cp, tts, ecc.):……. Dosaggio:……..	