



Cognome e nome _____

nr. tel. _____

Paziente di:

dott. Maurizio BORSATTO

dott.ssa Fabrizia PEDRIALI

dott.ssa Oussama NAAMANI

dott. El Maoued SALIM

dott.ssa Raffaella OSTI

(barrare la casella)

Ho necessità dei seguenti farmaci e/o impegnative: *(scrivere in stampatello)*

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

7. _____ 8. _____

9. _____ 10. _____

data _____ firma _____



Con l'autobus arrivi prima!