



RETE INTERREGIONALE PIEMONTE
E VALLE D'AOSTA
-GAL MARARE-

Torino, li

Alla c.a.
S.C. Farmacia Interna

CESSIONE DI GALENICI TRA FARMACIE OSPEDALIERE

1 **FARMACISTA RICHIEDENTE:** _____

Azienda: _____

Telefono: _____ **fax:** _____

1 **FARMACISTA PREPARATORE:** _____

Azienda: _____

Telefono: _____ **fax:** _____

CODICE REGIONALE GALENICO	NOME MEDICINALE GALENICO	DOSAGGIO	CONFEZIONAMENTO	QUANTITÀ (n° CONFEZIONI)

FARMACISTA (che richiede)
