

ALLEGATO B2

**FORNITURA FARMACI PER CURE SANITARIE DOMICILIARI**

Tessera Sanitaria n° .....

Cartella n° .....

Cognome e nome .....

Indirizzo .....

Farmaco	Quantità

(per quantità si intende il n° di singole confezioni richieste)

Data .....

**NB: si precisa che, anche per i pazienti in ADI, è necessario il piano terapeutico per i farmaci che lo prevedono**

IL M.M.G  
(timbro e firma)

.....

--