

CERTIFICATO PER IL TRASPORTO DI FARMACI

Dott./Dott.ssa _____

Cod. Reg. _____

Tel.: _____

Certifico che il/la sig./sig.ra _____

è affetto/a da _____

e deve assumere regolarmente la seguente terapia:

FARMACO	POSOLOGIA

I seguenti farmaci devono essere conservati tra 4°C e 8°C:

_____.

TO WHOM IT MAY CONCERN

I certify that Mr./Mrs. _____

is affected by _____

and therefore he/she must assume the following therapy regularly:

DRUG	POSODOGY

The following drugs should be preserved between 4°C and 8°C:

_____.

Luogo e Data _____

Firma e Timbro

--