

PARTE MENSUAL DE DISPENSACIÓN DE LEPONEX
CORRESPONDIENTE AL MES DE AÑO

Identificación de la Oficina de Farmacia

Número : O-.....-F

Titular - propietario/a : D./Dª

..... Colegiado/a nº

Calle nº

Localidad Municipio

Médico prescriptor	Nº Colegiado	Nº enfermos tratados	Nº envases dispensados

Fecha, Firma y Sello de la Oficina de Farmacia

DIRIGIDO A:

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
Ciriaco Miguel Vigil, 9
33006 OVIEDO