

Дата:	За еднократно предписване	За многократно предписване
-------	------------------------------	-------------------------------



МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Комплексен онкологичен център
гр. Шумен, ул. „Васил Априлов” № 63

Лекар:.....УИН.....

Rp./

Лекар:.....
/подпис и печат/

За.....год.....
от гр. /с./.....
ул.....
тел.....

Печат: "ХИМЕРА" ООД, гр. Шумен, тел.: 054 / 830 585, e-mail: print@himeraltd.com