



ARCIDIOCESI DI NAPOLI

SERVIZIO farmacia *solidale diocesana*
"un farmaco per tutti"

Via Vergini, 51 – NAPOLI



ORDINE DEI FARMACISTI
DELLA PROVINCIA DI NAPOLI

MODULO DI RICHIESTA FARMACI

INTESTAZIONE: PARROCCHIA / ENTE / ISTITUTO ... :

FARMACO O ALTRO (presidio, ausilio...)	DOSAGGIO	QUANTITA'	*PRESCRIZIONE (x i farmaci che lo richiedono)	*NOTE di dispensazione (a cura della farm. Solidale)

REFER. CARITAS:

n° di tel. per info: _____

REFER. SANITARIO:

- * copia ricetta dei farmaci che lo richiedono
- * indicare la disponibilità a prodotti equivalenti

TIMBRO e/o FIRMA (richiedente)

RICEVUTA / RITIRO (a cura della farm. Solidale)

RITIRA IL SIG.

DATA / /

FIRMA