



"Алиф" - центр урологии

Адрес: г. Севастополь, ул. Героев Бреста, 59.

Телефон:

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация

Форма № 107-1/у

Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 14 января 2019 г. № 4н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский — нужное подчеркнуть)

« _____ » _____ 20 _____ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) пациента

Дата рождения _____

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) лечащего

врача (фельдшера, акушерки) _____

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

М. П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года _____

(нужное подчеркнуть)

(указать количество месяцев)