

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____
C.F. _____

dichiara

che lo scontrino per l'acquisto di medicinali
N. _____ DATATO _____
emesso dalla Farmacia _____
_____ è riferito al seguente medicinale:
N. _____
TIPO: _____

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____
C.F. _____

dichiara

che lo scontrino per l'acquisto di medicinali
N. _____ DATATO _____
emesso dalla Farmacia _____
_____ è riferito al seguente medicinale:
N. _____
TIPO: _____

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____
C.F. _____

dichiara

che lo scontrino per l'acquisto di medicinali
N. _____ DATATO _____
emesso dalla Farmacia _____
_____ è riferito al seguente medicinale:
N. _____
TIPO: _____

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____
C.F. _____

dichiara

che lo scontrino per l'acquisto di medicinali
N. _____ DATATO _____
emesso dalla Farmacia _____
_____ è riferito al seguente medicinale:
N. _____
TIPO: _____

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____
C.F. _____

dichiara

che lo scontrino per l'acquisto di medicinali
N. _____ DATATO _____
emesso dalla Farmacia _____
_____ è riferito al seguente medicinale:
N. _____
TIPO: _____

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____
C.F. _____

dichiara

che lo scontrino per l'acquisto di medicinali
N. _____ DATATO _____
emesso dalla Farmacia _____
_____ è riferito al seguente medicinale:
N. _____
TIPO: _____

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____
C.F. _____

dichiara

che lo scontrino per l'acquisto di medicinali
N. _____ DATATO _____
emesso dalla Farmacia _____
_____ è riferito al seguente medicinale:
N. _____
TIPO: _____

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____
C.F. _____

dichiara

che lo scontrino per l'acquisto di medicinali
N. _____ DATATO _____
emesso dalla Farmacia _____
_____ è riferito al seguente medicinale:
N. _____
TIPO: _____