
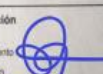




RECETA MEDICA - MUTUALISMO		SISTEMA NACIONAL DE SALUD	
PRESCRIPCIÓN (Consigra el principio activo o producto, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase) N° envases /unidades: 1	Duración del tratamiento 2 cursos académicos	N° afil. 183.456.729	Paciente (Nombre y apellidos y año de nacimiento) Estudiante de FOL
	Posología unidades 1 cada dia <small>pausa</small>	N° orden dispensación <input type="checkbox"/> Fecha prevista dispensación _____/_____/_____ Información al farmacéutico y visado, en su caso Gafas de FOL	
	Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input checked="" type="checkbox"/> Desabastecimiento Firma del farmacéutico 	Información al farmacéutico y visado, en su caso Gafas de FOL	
	La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para dispensación o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los tres meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia.	 *Y15665176482*	 gafasdefol.com

RECETA MEDICA - MUTUALISMO		SISTEMA NACIONAL DE SALUD	
PRESCRIPCIÓN (Consigra el principio activo o producto, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase) N° envases /unidades: 1	Duración del tratamiento 2 cursos académicos	N° afil. 183.456.729	Paciente (Nombre y apellidos y año de nacimiento) Estudiante de FOL
	Posología unidades 1 cada dia <small>pausa</small>	N° orden dispensación <input type="checkbox"/> Fecha prevista dispensación _____/_____/_____ Información al farmacéutico y visado, en su caso Gafas de FOL	
	Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input checked="" type="checkbox"/> Desabastecimiento Firma del farmacéutico 	Información al farmacéutico y visado, en su caso Gafas de FOL	
	La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para dispensación o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los tres meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia.	 *Y15665176482*	 gafasdefol.com

RECETA MEDICA - MUTUALISMO		SISTEMA NACIONAL DE SALUD	
PRESCRIPCIÓN (Consigra el principio activo o producto, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase) N° envases /unidades: 1	Duración del tratamiento 2 cursos académicos	N° afil. 183.456.729	Paciente (Nombre y apellidos y año de nacimiento) Estudiante de FOL
	Posología unidades 1 cada dia <small>pausa</small>	N° orden dispensación <input type="checkbox"/> Fecha prevista dispensación _____/_____/_____ Información al farmacéutico y visado, en su caso Gafas de FOL	
	Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input checked="" type="checkbox"/> Desabastecimiento Firma del farmacéutico 	Información al farmacéutico y visado, en su caso Gafas de FOL	
	La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para dispensación o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los tres meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia.	 *Y15665176482*	 gafasdefol.com

RECETA MEDICA - MUTUALISMO		SISTEMA NACIONAL DE SALUD	
PRESCRIPCIÓN (Consigra el principio activo o producto, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase) N° envases /unidades: 1	Duración del tratamiento 2 cursos académicos	N° afil. 183.456.729	Paciente (Nombre y apellidos y año de nacimiento) Estudiante de FOL
	Posología unidades 1 cada dia <small>pausa</small>	N° orden dispensación <input type="checkbox"/> Fecha prevista dispensación _____/_____/_____ Información al farmacéutico y visado, en su caso Gafas de FOL	
	Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input checked="" type="checkbox"/> Desabastecimiento Firma del farmacéutico 	Información al farmacéutico y visado, en su caso Gafas de FOL	
	La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para dispensación o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los tres meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia.	 *Y15665176482*	 gafasdefol.com