



რეცეპტი

სამედიცინო დაწესებულება -----

ექიმი (გ.ს.ტელ./მისამართი) -----

გამოწერის თარიღი -----

პაციენტი (გვარი, სახელი) -----

ასაკი/ტელეფონი/მისამართი -----

სადაზღ. კომპ.პოლისის #,ვადა -----

სახელმწიფო პროგრამით მოსარგებლე კი არა

დიაგნოზი -----

ექვემდებარება თანაგადახდას %

Rp:

DS

Rp:

DS

Rp:

DS

Rp:

DS

ექიმის ხელისმოწერა -----

ექიმის ბეჭედი/ან სამ. დაწესებულების ----- რეცეპტის მოქმედების ვადა ----



რეცეპტი

სამედიცინო დაწესებულება -----

ექიმი (გ.ს.ტელ./მისამართი) -----

გამოწერის თარიღი -----

პაციენტი (გვარი, სახელი) -----

ასაკი/ტელეფონი/მისამართი -----

სადაზღ. კომპ.პოლისის #,ვადა -----

სახელმწიფო პროგრამით მოსარგებლე კი არა

დიაგნოზი -----

ექვემდებარება თანაგადახდას %

Rp:

DS

Rp:

DS

Rp:

DS

Rp:

DS

ექიმის ხელისმოწერა -----

ექიმის ბეჭედი/ან სამ. დაწესებულების ----- რეცეპტის მოქმედების ვადა ---