

Regione Piemonte***010A2******4516995417***COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: **COSTA GIANFRANCO*****CSTGFR59M04A124D***

INDIRIZZO:

CAP:

CITTA':

PROV:

ESENZIONE:**013**

SIGLA PROVINCIA:

CODICE ASL:

DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):

ALTRO:

PRIORITA PRESCRIZIONE(U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
A1A METFORMINA 500MG 30 UNITA' USO ORALE, 040592103 METFORMINA AUR*30CPR RIV 500MG	2	---

QUESITO DIAGNOSTICO:

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: **2** TIPO RICETTA: **Assist. SSN**DATA: **18/12/2020**CODICE FISCALE DEL MEDICO: **MLLLRD65E29A0520**CODICE AUTENTICAZIONE: **181220201735076040004019364491****43073Z - MOLLEA ALFREDO***Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010,n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011*