



Recetas Funcionario

AYUNTAMIENTO DE

RECETA MUNICIPAL

ENFERMO

Nombre y Apellidos

Nº cartilla

CARTILLA MUNICIPAL DE ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA

Envases

MEDICO

Sello (nombre, dos apellidos, nº de colegiado y colegio) y fecha.

TITULAR DEL DERECHO

Domicilio: Calle ó plaza, nº y localidad.

CUPON PRECINTO

Se ruega colocar aquí los cupones precinto de forma que no se superpongan y sin rebasar la línea inferior de este recuadro.

FARMACIA

Sello (nombre, dos apellidos, nº de farmacia y colegio) y fecha.

Esta receta caduca a los diez días.

No será válida con enmiendas o raspaduras.

Nº