



**RICHIESTA RICETTARI PER PRESCRIZIONE FARMACI STUPEFACENTI
MEDICO CHIRURGO – MEDICO VETERINARIO**

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

iscritto/a all'Ordine Professionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Medici Veterinari

della provincia di _____ con n° iscrizione _____

che esercita l'attività professionale in qualità di _____

presso _____

RICHIEDE

la consegna di n° _____ ricettari di cui al D.M. 10 marzo 2006 per la prescrizione di farmaci stupefacenti previsti dal DPR 309/1990 e s.m.i.

Luogo, data _____

Timbro e firma

~~~~~

**ATTESTAZIONE DI AVVENUTA CONSEGNA**

Si attesta di aver consegnato n° \_\_\_\_\_ ricettari, ricetta dal n° \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_.

Estremi del documento di riconoscimento: \_\_\_\_\_

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma addetto alla consegna

\_\_\_\_\_

Firma per ricevuta

\_\_\_\_\_