

**PRESCRIPTION FORM FOR AVIANO AB PHARMACY UTILIZATION 0434305214**

Completare la sezione in inglese o in italiano del modulo, compilando tutti i campi. E' necessaria la firma autografa del medico, affinche' la ricetta sia valida.

Complete either the English or Italian section by filling in every box. Provider must manually sign in order for prescription to be valid.

**31 MDG Modulo di ricetta della Nazione Ospitante (ITALIANO)**

		Data:
Cognome e nome del paziente:	Data di nascita del paziente:	
Nome, composizione e dosaggio del farmaco:	Quantita' del farmaco:	Ripetibilita' della ricetta:
Istruzioni di utilizzo:		
Nome e indirizzo del medico: 1. Indirizzo dello studio medico:  2. Numero di telefono cellular:	Firma del medico e timbro:	

**31 MDG Host Nation Prescription Form (ENGLISH)**

		Today's Date:
Patient's Name:	Patient's Date of Birth:	
Medication Name, Strength, and Dosage Form:	Quantity of Medication:	Quantity of Refills:
Directions for Use:		
Practitioner's Name and Address: 1. Medical Practice Address:  2. Cellular Phone Number:	Practitioner's Signature and Stamp:	