

07/04/ 25

MARCO ROSSI

*Targin cpr.
10mg/5mg
2 confezioni*

Dott. Mario Bianchi
34010 Borgo Grotta
Gigante TS
Tel. 040051989889



Dott. Mario Bianchi
34010 Borgo Grotta Gigante TS
Tel. 040051989889



MARCO ROSSI

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

Via Giulia 10, 34126 Trieste

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



J 0 5 0 0 6



Y 0 0 5 3 4 9 6 4 7 2



STAMPA PC



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

RSSMRC80A01E506I

CODICE FISCALE

(N)

TDL01

(R)

(VND) avvertenza del (RSD)

NON ESENTE

CODICE ESENZIONE

REDDITO

FIRMA AUTOCERTIFICANTE

SIGLA PROVINCIA

CODICE ASL

(Barrare se non utilizzati)

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

Dott. Marco Rossi
34010 Borgo Grotta
Gigante TS
Tel 040 00011111

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

MORFINA CLOROIDRATO
20 mg/ 1 mL (5 fl.)
40mg/di (somm. con elastomero)

12

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

TIPO DI RICETTA

07 04 25

DATA

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI

TICKET

DALE DEL CHIR

ALTR

MARCO ROSSI

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

Via Giulia 10, 34126 Trieste

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



J 0 5 0 0 6



Y 0 0 5 3 4 9 6 4 7 2



STAMPA PC



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

RSSMRC80A01E506I

CODICE FISCALE

(N)

TDL01

(R)

(VND) avvertenza del (RSD)

NON ESENTE

CODICE ESENZIONE

REDDITO

FIRMA AUTOCERTIFICANTE

SIGLA PROVINCIA

CODICE ASL

(Barrare se non utilizzati)

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

NOTA CUP

Dott. Marco Rossi
34010 Borgo Grotta
Gigante TS
Tel 040 00011111

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

MORFINA CLOROIDRATO
20 mg/ 1 mL (5 fl.)
20 mg/di (somm. con elastomero)

8

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

TIPO DI RICETTA

07 04 25

DATA

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

07/04/ 25

*Targin cpr.
10mg/5mg
2 confezioni*

Dott. Mario Bianchi
34010 Borgo Grotta
Gigante TS
Tel. 040051989889



Dott. Mario Bianchi
34010 Borgo Grotta Gigante TS
Tel. 040051989889



MARCO ROSSI
Via Giulia 10, 34126 Trieste
INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



05006



40053496472



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

RSSMRC80A01E506I



NON ESENTE

017



REDDITO

FIRMA AUTOCERTIFICANTE

SIGLA PROVINCIA CODICE ASS

CODICE FISCALE

PRESCRIZIONE

Gardenale 100 mg
Cpr.

3

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

TIPO DI RICETTA

07/04/25

DATA

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

(Barrare se non utilizzato)

--

--

S

U

H

B

A

P

SUGG.

RICOV.

ALTRO

PRIORITA DELLA PRESTAZIONE

Dott. Mario Bianchi
34010 Borgo Grotta
Gigante TS
Tel. 040051989889

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA PRESTANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI

TICKET

CALEN. SIV. CHAR. ALTRO

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

A 000 000

RSSMRC80A01E506I

MARCO ROSSI

ASSISTITO (o proprietario dell'animale)

--

ACQUIRENTE

☐ Carta Identità
☐ Patente
☐ Passaporto
☐ Altro

N. documento

Rilasciato da



1ª prescrizione

Ritalin 10 mg, 2 confezioni

Il contraccettivo

1 cpr ogni 12 ore,

2ª prescrizione

Il contraccettivo

Posologia nel modo o nel tempo

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

TIMBRO MEDICO, INDIRIZZO E N. TELEFONO PROFESSIONALE

Dott. Marco Rossi
34010 Borgo Grotta
Gigante TS
Tel 040 0001111

FIRMA

DATA DI PRESCRIZIONE 07/04/25

TIMBRO FARMACIA

DATA DI SPEDIZIONE

COPIA SSN
ORIGINALE

N55 M40: