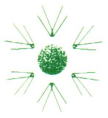


PARERE DIREZIONE DI FARMACIA

Farmaco	Vista la documentazione allegata si esprime parere tecnico alla fornitura del farmaco
	<input type="checkbox"/> CONCORDA
	<input type="checkbox"/> NON CONCORDA
	Costo unitario _____
	Costo per ciclo di terapia _____
	Costo totale della terapia _____

Data

Il Direttore di Farmacia



PARERE DIREZIONE SANITARIA

Nulla Osta del Direttore Sanitario

SI

NO*

*MOTIVAZIONE

Data _____

Firma _____