[NOM DE L'OFFICINE]

[Prénom NOM du pharmacien]
Pharmacien d'officine - RPPS : XXXX

ORDONNANCE

N° de prescription : XXXX

PATIENT(E)

Nom : ……..……. Prénom : …….……

Nom d'usage : ……. Date de naissance : …… / …… / ..…..

PRESCRIPTION PHARMACEUTIQUE

……
……
……
……

……
……
……
……

……
……
……
……

Date : XX / XX / 20XX

[Prénom NOM et RPPS du pharmacien prescripteur]

Signature