

Dott. _____

DATE: _____

REGIONE _____

AMBITO _____ N. _____

COD. REGIONE N. _____

.....
To whom it may concern.

Dear Sir/Madam, this is to certify that Mr./Mrs. _____, D.O.B. _____
in _____, has been diagnosed with _____.

For this reason, Mr./Mrs. _____ needs to have _____ injection of _____
- every day (from _____ to _____). This medicine has been prescribed by his GP doctor.

This medicine must be kept chilled prior use.

The required dose of these has already been placed in the n. _____ syringes and they are ready for use.

Batch N. Expired date	Batch N. Expired date	Batch N. Expired date
Batch N. Expired date	Batch N. Expired date	Batch N. Expired date

Manufacturing Company:

Thanking you in advance.

Your faithfully

_____, _____

.....
Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____
il _____ e residente in _____
è affetto da _____, pertanto necessita praticare
_____ - _____ al giorno. Le n. _____ fiale di _____,
consistono in siringhe già pronte per uso.

N.confezione Scadenza	N.confezione Scadenza	N.confezione Scadenza
N.confezione Scadenza	N.confezione Scadenza	N.confezione Scadenza

Casa produttrice: _____

Anticipatamente si ringrazia

Distinti saluti

_____, _____
