DOCUMENTO JUSTIFICANTE DE LA DISPENSACION EXCEPCIONAL SITUACIÓN DE ALERTA COVID-19

TITULAR/ES FARMACIA:	NOMBRE PROVINCIA:
CÓDIGO FARMACIA:	

CÓDIGO PRESCRIPCIÓN: CÓDIGO PRODUCTO DISPENSADO: DENOMINACIÓN PRODUCTO DISPENSADO: FECHA DE DISPENSACIÓN: TSI: NUSS/NUHSA:	Cupón precinto
CÓDIGO PRESCRIPCIÓN: CÓDIGO PRODUCTO DISPENSADO: DENOMINACIÓN PRODUCTO DISPENSADO: FECHA DE DISPENSACIÓN: TSI: NUSS/NUHSA:	Cupón precinto
CÓDIGO PRESCRIPCIÓN: CÓDIGO PRODUCTO DISPENSADO: DENOMINACIÓN PRODUCTO DISPENSADO: FECHA DE DISPENSACIÓN: TSI: NUSS/NUHSA:	Cupón precinto
CÓDIGO PRESCRIPCIÓN: CÓDIGO PRODUCTO DISPENSADO: DENOMINACIÓN PRODUCTO DISPENSADO: FECHA DE DISPENSACIÓN: TSI: NUSS/NUHSA:	Cupón precinto
CÓDIGO PRESCRIPCIÓN: CÓDIGO PRODUCTO DISPENSADO: DENOMINACIÓN PRODUCTO DISPENSADO: FECHA DE DISPENSACIÓN: TSI: NUSS/NUHSA:	Cupón precinto
CÓDIGO PRESCRIPCIÓN: CÓDIGO PRODUCTO DISPENSADO: DENOMINACIÓN PRODUCTO DISPENSADO: FECHA DE DISPENSACIÓN: TSI: NUSS/NUHSA:	Cupón precinto