

**Dottor FRANCESCO ROSSI**

**Medico Chirurgo**

**Ecc...**

**Ambulatorio: Roma, Viale Di Tadalnaso 1000**

**Telefono: 123-456789**

DATA: / /

NOME E COGNOME DEL PAZIENTE e/o CODICE FISCALE

**R/ Eparina 1% (UNO PERCENTO) [o qualsiasi altra concentrazione]**

**Eccipienti q. b. 100%**

Fai .... grammi di crema / gel

**S/**

Applicare la crema .... volte al giorno [posologia obbligatoria]

Timbro e Firma del Medico

[Validità della ricetta NON RIPETIBILE: 30 giorni]