DOCUMENTO JUSTIFICANTE DE LA DISPENSACIÓN EN SITUACIONES EXCEPCIONALES DE CAÍDA MASIVA DE RECETA XXI

TITULAR/ES FARMACIA:	NOMBRE PROVINCIA:
CÓDIGO FARMACIA:	

CÓDIGO PRESCRIPCIÓN: CÓDIGO PRODUCTO DISPENSADO: DENOMINACIÓN PRODUCTO DISPENSADO: FECHA DE DISPENSACIÓN: HORA DE DISPENSACIÓN:	Cupón precinto
CÓDIGO PRESCRIPCIÓN: CÓDIGO PRODUCTO DISPENSADO: DENOMINACIÓN PRODUCTO DISPENSADO: FECHA DE DISPENSACIÓN: HORA DE DISPENSACIÓN:	Cupón precinto
CÓDIGO PRESCRIPCIÓN: CÓDIGO PRODUCTO DISPENSADO: DENOMINACIÓN PRODUCTO DISPENSADO: FECHA DE DISPENSACIÓN: HORA DE DISPENSACIÓN:	Cupón precinto
CÓDIGO PRESCRIPCIÓN: CÓDIGO PRODUCTO DISPENSADO: DENOMINACIÓN PRODUCTO DISPENSADO: FECHA DE DISPENSACIÓN: HORA DE DISPENSACIÓN:	Cupón precinto
CÓDIGO PRESCRIPCIÓN: CÓDIGO PRODUCTO DISPENSADO: DENOMINACIÓN PRODUCTO DISPENSADO: FECHA DE DISPENSACIÓN: HORA DE DISPENSACIÓN:	Cupón precinto
CÓDIGO PRESCRIPCIÓN: CÓDIGO PRODUCTO DISPENSADO: DENOMINACIÓN PRODUCTO DISPENSADO: FECHA DE DISPENSACIÓN: HORA DE DISPENSACIÓN:	Cupón precinto