

MODELO R-1

MEDICO: \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos)

NUMERO DE COLEGIADO: \_\_\_\_\_

(A cumplimentar por la Gerencia)

CODIGO CIAS: \_\_\_\_\_

(A cumplimentar por la Gerencia)

ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

CENTRO: \_\_\_\_\_

Solicito la entrega de un sello para la prescripción de recetas oficiales del SALUD con los datos anteriormente reseñados.

Teruel,

FIRMA:

Vº Bº Gerente.

SR. GERENTE DE SECTOR DE TERUEL