

**Dottor FRANCESCO ROSSI**

**Medico Chirurgo**

**Ecc...**

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

**Telefono: 123-456789**

DATA: / /

NOME E COGNOME DEL PAZIENTE e/o CODICE FISCALE

**R/ Spironolattone 5% [o qualsiasi altra concentrazione]**

**Crema base O/A q. b. 100%**

Fai .... grammi di crema

**S/**

Applicare la crema .... volte al giorno su .... [facoltativo, posologia non obbligatoria]

Timbro e Firma del Medico

Validità della ricetta RIPETIBILE: 6 mesi