

**Dottor FRANCESCO ROSSI**

**Medico Chirurgo**

**Ecc...**

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

**Telefono: 123-456789**

DATA: / /

NOME E COGNOME DEL PAZIENTE

**R/ Potassio Ioduro 65 mg**

**Eccipienti Q.B.**

di tali ..... numero capsule (o compresse)

**S/ assumere ..... capsula (o compressa), ..... volta/e al dì**

Timbro e Firma del Medico

[RICETTA RIPETIBILE: VALIDITÀ 6 MESI]