

ANNEXE RELATIVE
A L'ORDONNANCE MEDICALE

Docteur (nom, prénom) الدكتور { الاسم واللقب }
Spécialité الاختصاص
Adresse العنوان
Tél : الهاتف :

ORDONNANCE MEDICALE

Mr, Mme (nom, prénom du bénéficiaire) { الاسم واللقب } المنتفع

Identifiant unique										المعرف الوحيد
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------

Date : __ / __ / ____
