

ANNEXE RELATIVE  
A L'ORDONNANCE MEDICALE

Docteur (nom, prénom) .....

.....{الاسم واللقب} الدكتور

Spécialité .....

.....الاختصاص

Adresse .....

.....العنوان

Tél : .....

.....الهاتف :

**ORDONNANCE MEDICALE**

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

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


Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_