

Annexe 4

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

Code conventionnel										المعرف التعاقدي
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------

ORDONNANCE MEDICALE

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

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

Date : __ / __ / ____
Cachet + signature du médecin prescripteur