

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 : ___ / ___ / _____