



Код формы по ОКУД  
Код учреждения по ОКПО  
Медицинская документация  
**Форма № 107-1/у**  
Утверждена приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 14 января 2019 г. № 4н

"Алиф" - центр урологии  
Адрес: г. Севастополь, ул. Героев Бреста, 59.  
Телефон:

## РЕЦЕПТ

(взрослый, детский — нужное подчеркнуть)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) пациента

Дата рождения \_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) лечащего

врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

М. П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года \_\_\_\_\_

(нужное подчеркнуть)

(указать количество месяцев)