

035964734 A ფორმა №3 რეცეპტი სამედიცინო დაწესებულება	035964734 B წ/რაოდენობა თარიღი ბ.ა.	035964734 C წ/დასახელება (სავაჭრო დასახელება) წ/ფორმა წ/რაოდენობა თარიღი
ექიმი (სახელი, გვარი) ექიმის პ/ნ * პაციენტი (სახელი, გვარი, ასაკი) პაციენტის პ/ნ * რეცეპტის გამომწერის თარიღი რეცეპტის მოქმედების ვადა Rp.:	035964734 B წ/რაოდენობა თარიღი ბ.ა.	035964734 C წ/დასახელება (სავაჭრო დასახელება) წ/ფორმა წ/რაოდენობა თარიღი
D.S.:	035964734 B წ/რაოდენობა თარიღი ბ.ა.	035964734 C წ/დასახელება(სავაჭრო დასახელება) წ/ფორმა წ/რაოდენობა თარიღი
ექიმის ხელმოწერა ექიმის პირადი ბეჭედი ბ.ა. სამედიცინო დაწესებულების ბეჭედი (შტამპი) ბ.ა. რეცეპტის გამომწერი ექიმის და/ან სამედიცინო დაწესებულების საკონტაქტო ინფორმაცია *	035964734 B წ/რაოდენობა თარიღი ბ.ა. 035964734 B წ/რაოდენობა თარიღი ბ.ა.	035964734 C წ/დასახელება (სავაჭრო დასახელება) წ/ფორმა წ/რაოდენობა თარიღი 035964734 C წ/დასახელება(სავაჭრო დასახელება) წ/ფორმა წ/რაოდენობა თარიღი

* რეცეპტის გამომწერი ექიმისა და პაციენტის პირადი ნომრების, ასევე, რეცეპტის გამომწერი ექიმის და/ან სამედიცინო დაწესებულების საკონტაქტო ინფორმაციის მითითება არ არის სავალდებულო.