

GAIXOTASUN ARRUNTA EDO LANEZ KANPOKO ISTRIPUA ENFERMEDAD COMUN O ACCIDENTE NO LABORAL		Osasuneko Sistema Nazionale Sistema Nacional de Salud	
PRESKRIPZIOA: (Produktua kontsignatu. Medikamentua bada, hauak ere kontsignatu: NIA edo marka, forma farmazeutikoa, hartzeko modua, dosia unitateko, unitateen kopurua erabiltzeko). Eman Emb./Kop. N.º em.	PRESCRIPCIÓN: (Consignar el producto. En caso de medicamento: DC o marca, forma farmacéutica, vía admnistr. dose por unidad, n.º unidades por envase). Tratamenduaren iraupena Duración tratamiento Posologia: Posologia: Unitate Hartze bakoitzeko Unitateak / Tota Cada _____ orduak behin horas	PAZIENTEA: (Izena, Abizenak, Jaiotze-urtea, Identifikazio-Zk.) Izen Abizenak Jaiotza data Nº SS	PACIENTE: (Nombre, Apellidos, Año de nacimiento, N.º de identificación)
PREZINTU KUPONIAK CUPONES PRECINTO		Farmazeutikoaren egintidea / Ordutegia: Diligencia del farmacéutico / Sustituya por	MEDIKUA: (Identifikazio-datuak) MEDICO: (Datos de identificación) Preskripzioaren data / Fecha prescripción Izen Abizenak Elkagokide Zen 10-10-2012 Helbidea
FARMAZIA: (Identifikazio-datuak, dispensazio-data eta sinadura) FARMACIA: (Datos de identificación, fecha dispensación y firma). Farmazeutikoaren sinadura Firma del farmacéutico		Farmazeutikoaren erantzako oharra: Advertencias al farmacéutico	Medikuaren sinadura Firma del Médico 
- Errezeta honen aipa HABAR EGUNEKOADA . Zuzenkatu edo urratuak ezakiz gero, ez du balorik. - Errezeta honetan, agintutako medikamentuak edozein farmaziatan eskura daitezke. - Esta receta caduca a los DIEZ DIAS. No sera válida con emendas o repuestas. - Con esta receta podrán ser retirados en cualquier farmacia los medicamentos prescritos.			

PRESKRIPZIOA: (Produktua kontsignatu. Medikamentua bada, hauak ere kontsignatu: NIA edo marka, forma farmazeutikoa, hartzeko modua, dosia unitateko, unitateen kopurua erabiltzeko). Eman Emb./Kop. N.º em.	PRESCRIPCIÓN: (Consignar el producto. En caso de medicamento: DC o marca, forma farmacéutica, vía admnistr. dose por unidad, n.º unidades por envase). Tratamenduaren iraupena Duración tratamiento Posologia: Posologia: Unitate Hartze bakoitzeko Unitateak / Tota Cada _____ orduak behin horas	PAZIENTEA: (Izena, Abizenak, Jaiotze-urtea, Identifikazio-Zk.) PACIENTE: (Nombre, Apellidos, Año de nacimiento, N.º de identificación)
DIAGNOSTIKOA (Hala badagokio) / DIAGNOSTICO (Si procede)	FARMAZEUTIKOAREN INSTRUKZIOAK (Hala badagokio) INSTRUCCIONES DEL FARMACEUTICO (Si procede)	MEDIKUA: (Identifikazio-datuak) MEDICO: (Datos de identificación) Preskripzioaren data / Fecha prescripción
PAZIENTEAREN INSTRUKZIOAK / INSTRUCCIONES AL PACIENTE	Medikuaren sinadura / Firma del Médico	
AKTIBO DAUDENENTZAKO ERREZETA ARRUNTA / RECETA ORDINARIA ACTIVOS		

ERANTZUNA

Esertia: erreferentzia prezio sistema barruan dagoen sendagaia.
 Esertiaren PVP_{IVA} argitaratutako gutxieneko prezioa baino handiagoa da
 Prezio baxueneko sendagai batengatik ordezkatu behar da, prezio berdintasunean generiko batengatik