Docteur xxx

COMMANDE PHARMACIE

Dr xxx

Nom du médicament : MIFEGYNE : boîte de 3 comprimés
GYMISO 200 : boîte de 2 comprimés
Nombre : 1 de chaque

Mention : Usage professionnel

Date de la convention : le xx/xx/20xx

Etablissement de santé : CH de rattachement

Signataire :

Date :

Collège de Gynécologie CVL