

COD FISCALE	Paziente	Indirizzo	Localita	STABILIMENTO	MAGAZZINO	CDC RICHIEDENTE	MEDICO PRESCRITTORE	DATA EROGAZIONE	TIPO RICETTA	NUMERO RICETTA	POSIZIONE UTENTE	TIPOLOGIA PRESCRIZIONE	COD PRODTTO	PRODOTTO	MC. MESE	LITRI/MESE	NR. CONT. o B.LE
XXXXXX99X99X999X	MARIO ROSSI	VIA ITALIA	CAGLIARI	999999999999X9	XXXXX	XXXXX	H	GG/MM/AAAA		9	9		99999	XXXXXXXXXX	99.99	999999	9999