

R,

داروخانه محترم بیمارستان نیکان غرب:

نام بیمار: .....  
بیمار خانم / آقای ..... با کد ملی ..... جهت عمل ..... در  
تاریخ: ..... سرویس خانم / آقا دکتر ..... جهت تهیه لوازم مورد نیاز عمل به شرح ذیل معرفی  
می شوند.

مهر پزشک