

**SERVICIO MURCIANO DE SALUD**  
**HOJA JUSTIFICANTE DE DISPENSACIONES EN**  
**INCIDENCIAS/CONTINGENCIAS DE RECETA ELECTRÓNICA**

**INCIDENCIA**                      **FECHA DE LA INCIDENCIA:**                      **Nº:**

**CONTINGENCIA**                      **FECHA DE LA CONTINGENCIA:**                      **Nº:**

**FARMACIA:**

**CIP:**

**NUMERO DE ORDEN**

**TSI**

CIP / NUMERO DE ORDEN / TSI  
  
(Pegar etiqueta recortada de la hoja  
de tratamiento del paciente o rellenar)
