Заполните таблицу:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | МНН | Торговое наименование | Код АТХ\* | Форма  дополнительного  рецептурного бланка к льготному рецепту | Категория граждан | Вид бюджета *(федеральный, краевой),*  % скидки *(50%, 100%)* | Срок действия рецепта | Срок хранения рецепта в аптеке |
|  | Sol. Acetylcysteini 10%-1ml D.t.d. N. 5 in amp.  S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в сутки |  |  |  | Инвалид III группы |  |  |  |
|  | Sol.Ambroxoli 0,75%-2ml  D.t.d. N. 5 in amp.  S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в сутки |  |  |  | Инвалид войны |  |  |  |
|  | Sol.Ipratropii bromidi 0,025%-20 ml  D.S. По 2 ингаляции 4 раза в сутки |  |  |  | Больные бронхальной астмой |  |  |  |
|  | Tabl. Bisoprololi 0,005 N.30  D.S. Внутрь по 1 таблетке утром до еды 1 раз в сутки |  |  |  | Участники Великой Отечественной войны |  |  |  |
|  | Tabl. Clopidogreli 0,075 N.28 D.S. Внутрь по 1 таблетке 1 раз не зависимо от приема пищи |  |  |  | 7 нозологий |  |  |  |
|  |  |  |  | 107-у/НП |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 148-1/у-88 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 148-1/у-88 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 50%, краевой |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 100%, кревой |  |  |