

Solicitud de Fórmula Magistral

1. FARMACIA DISPENSADORA

NOMBRE FARMACIA | _____

DIRECCIÓN | _____

POBLACIÓN | _____ CÓDIGO POSTAL | _____ PROVINCIA | _____

2. SOLICITUD

De acuerdo con el contrato establecido mediante este documento, la Oficina de Farmacia dispensadora SOLICITA a la Oficina de Farmacia Elaboradora (Farmacia Perelló) adjuntando copia de la correspondiente prescripción facultativa:

NOMBRE DEL PACIENTE | _____ DOCTOR | _____

RECETA SOE/PRIVADA | _____

FORMA FARMACÉUTICA Y COMPOSICIÓN DE LA PREPARACIÓN | _____

CANTIDAD SOLICITADA | _____

3. FARMACIA ELABORADORA

Farmacia Perelló | NIF 48288559 | N° Oficina de Farmacia 904-3

C/ Virgen de los Desamparados 6 - 46869 Atzeneta de Albaida - Valencia

960 261 670 | laboratorio@farmacialaboratorioperello.es

4. LUGAR | FECHA | FIRMA

En _____ a _____ de _____ de _____

Farmacia Perelló

Titular de la Farmacia Dispensadora

Fdo: _____

Fdo: _____