

SOL·LICITUT DE FÓRMULA MAGISTRAL

1. FARMÀCIA DISPENSADORA

OFICINA DE FARMÀCIA

FARMACÈUTIC RESPONSABLE

UP

NÚMERO DE COL·LEGIAT

ADREÇA

CORREU ELECTRÒNIC

CP POBLACIÓ

TELÈFON

2. SOL·LICITUD

D'acord amb el contracte establert, l'oficina de Farmàcia dispensadora **SOL·LICITA** a l'oficina de Farmàcia elaboradora (Farmàcia Pi) adjuntant còpia de la corresponent prescripció facultativa

NOM DEL PACIENT

METGE PRESCRIPTOR

DNI

NÚMERO DE COL·LEGIAT

DATA DE NAIXEMENT

VIA D'ADMINISTRACIÓ

DESCRIPCIÓ DE LA FÓRMULA MAGISTRAL

3. FARMÀCIA ELABORADORA

Farmàcia Gemma Pi Roig NIF39928517B UP de Farmàcia 10626

C/ Gran de Gràcia16 – 08012 Barcelona

932176999

lab@farmaciapi.com

4. DATA I SIGNATURA

A _____, a _____ de _____ de 202

Farmàcia

Titular de la Farmàcia dispensadora

