

Διεύθυνση: Μυτιλήνης 35 112 56 Αθήνα
Τηλέφωνα: **211 0131542 & 215 5305523**
Φαξ: 211 0131543

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ: / / 2021

ΠΡΟΣ:
ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΕΟΠΠΥ

ΤΕΜΑΧΙΑ	ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ / ΔΡΑΣΤΙΚΗΣ ΟΥΣΙΑΣ	ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΚΟΥΤΙΟΥ - ΦΥΑΛΗΣ	ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ
		mg		0%
		mg		0%
		mg		0%
		mg		0%
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ				
ΑΜΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ				
ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΤΗΝ		/ / 21		
ΘΑ ΠΑΡΑΛΑΒΕΙ Ο/Η				
ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟΣ/Η ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΛΑΒΗ Ο/Η				

ΣΧΟΛΙΑ Η ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ:

Η παραλαβή των αναγραφόμενων φαρμάκων θα πραγματοποιηθεί στις _____ . Σε περίπτωση που δεν υπάρχουν διαθέσιμα ως την προηγούμενη ημέρα, σας παρακαλώ ενημερώστε με για την τελική ημερομηνία παραλαβής τους στο κινητό μου, με αριθμό: _____ .

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

_____ θα σας προσκομίσω τα πρωτότυπα όλων των εγγράφων καθώς και των συνταγών με την παραλαβή των προ παραγγελμένων φαρμάκων μου.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων _____

Το παρόν έντυπο δημιουργήθηκε από τον ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ με σκοπό την εξυπηρέτηση αμφοτέρων των πλευρών για την προ παραγγελία φαρμάκων υψηλού κόστους ώστε να υπάρχουν διαθέσιμα κατά την εκτέλεση των συνταγών μας και να αποφεύγονται άσκοπες μεταβάσεις.

Εάν υπάρχει οποιαδήποτε απορία σχετικά με το παρόν έγγραφο και την χρήση του παρακαλούμε επικοινωνήστε μαζί μας στα τηλέφωνα **211 0131542 & 215 5305523** ή στείλτε μας email στο : board@hellenicph.org