

FARMACIA ARTURO RODRÍGUEZ PALACIOS

Calle Orense nº12, 28020 Madrid. Telf. 91556 31 33

SOLICITUD DE ELABORACIÓN

Nº REGISTRO DE ENTRADA	
------------------------	--

Solicitud realizada por:		Recibido por:	
Fecha solicitud:		Fecha aceptación:	

FARMACIA DISPENSADORA	FARMACIA ELABORADORA
Firma y sello	 Firma y sello
ACEPTADA ESTA PREPARACIÓN PARA ENCARGARLA	ACEPTADA ESTA PREPARACIÓN PARA ELABORARLA

No dejar ningún campo en blanco. Escribir con letra clara o mayúscula.

PACIENTE (nombre + 2 apellidos + DNI):

MÉDICO y nº colegiado:

Año nacimiento paciente:

Vía administración:

INDICACIÓN (si se conoce)

OBSERVACIONES:

Medio de transporte:

A esta solicitud debe adjuntarse una fotocopia **de la receta médica**

EL ORIGINAL DE LA RECETA MÉDICA DEBE QUEDAR EN PODER DE LA FARMACIA DISPENSADORA