

**Responsável encomenda**

Nome:

Tif/Tlm: E-mail:

Tipo/Local de Entrega

Balcão Farmácia:

Domicílio:

Nome: Morada: Morada 2: Localidade: Código Postal: Tif/Tlm.: Concelho: Vila Nova de Gaia

Porto

Gondomar

Espinho

Santa Maria da Feira

Pedido

Medicamento(s) Sujeito(s) a Receita Médica

Nome Utente: Entidade: Nº Beneficiário Nº Receita

Deverá anexar cópia de Receita Médica

+info: 227 811 871

Outros medicamentos e produtos

Produto(1)

Qtd.

| Produto(1) | Qtd. |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

(1) Tente ser o mais exacto possível na descrição do produto. Se possuir código EAN ou ANF de produto, pode indicá-lo

Pagamento

Balcão da Farmácia

Transferência Bancária

Na entrega

NIB: 0035 0664 00013234430 34 (CGD)

Por favor, preencha este formulário e envie por fax (227 819 247) ou e-mail (online@farmaciardriguesrocha.com)