

Formularz zamówienia

Nazwa apteki:

.....
(pieczętka lub wypełnić drukowanymi literami)

Wypełniony oraz podpisany formularz należy przesłać do:

Urtica Sp. z o.o.

Krzemieniecka 120, 54-613 Wrocław
elektronicznie na adres sprzedaz@urtica.pl

lub

Profarm PS Sp. z o.o.

Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna
elektronicznie na adres dh@profarmps.pl

Niniejszym zamawiam następującą liczbę opakowań produktu leczniczego Linorion® (lenalidomid):

Dawka	Ilość kapsułek w opakowaniu	Liczba opakowań
5mg	21	
10mg	21	
15mg	21	
20mg	21	
25mg	21	

Dane lekarza przepisującego produkt leczniczy Linorion® (wypełnia farmaceuta):

Imię i nazwisko lekarza

.....
Miejscowość, data

.....
Nazwisko farmaceuty/podpis