

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD DE FÓRMULA MAGISTRAL O PREPARADO OFICIAL POR TERCEROS

1 DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA DISPENSADORA							
DENOMINACIÓN:				NIF:		OFICINA DE FARMACIA Nº:	N.I.C.A.:
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:					
PORTAL:	KM VIA:	NÚMERO:	LETRA:	BLOQUE:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
COMPLEMENTO DE DOMICILIO:		LOCALIDAD/ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:	C. POSTAL:
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA TITULAR/PERSONAS COTITULARES:							DNI/NIE/NIF:
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:			

2 DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA ELABORADORA							
DENOMINACIÓN:				NIF:		OFICINA DE FARMACIA Nº:	N.I.C.A.: (1)
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:					
PORTAL:	KM VIA:	NÚMERO:	LETRA:	BLOQUE:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
COMPLEMENTO DE DOMICILIO:		LOCALIDAD/ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:	C. POSTAL:
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:			

3 SOLICITUD	
De acuerdo con el contrato previamente establecido con fecha _____, la oficina de farmacia dispensadora SOLICITA a la oficina de farmacia elaboradora, adjuntando copia de la correspondiente prescripción facultativa: (Marque con una X lo solicitado:	
<input type="checkbox"/> Fórmula Magistral	<input type="checkbox"/> Elaboración
<input type="checkbox"/> Preparado Oficial	<input type="checkbox"/> Control de Calidad
<input type="checkbox"/> Formulación Completa	<input type="checkbox"/> Fase/s:
Denominación de la Fórmula Magistral o Preparado Oficial:	
Cantidad solicitada:	
Forma Farmacéutica y Composición de la preparación:	

4 LUGAR, FECHA Y FIRMA	
En _____ a _____ de _____ de _____	
EL/LA TITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA DISPENSADORA	
Fdo.:	