



SOLICITUD DE FÓRMULA MAGISTRAL O PREPARADO OFICIAL POR TERCEROS

1 DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA DISPENSADORA							
DENOMINACIÓN:				NIF:		OFICINA DE FARMACIA Nº:	
TIPO VÍA:				NOMBRE VÍA:			
PORTAL:		KM VÍA:		NÚMERO:		LETRA:	
BLOQUE:		ESCALERA:		PISO:		PUERTA:	
COMPLEMENTO DE DOMICILIO:			LOCALIDAD/ENTIDAD DE POBLACIÓN:			MUNICIPIO:	
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:	
M ^a PILAR ROMERO GARCIA				25673236S		290009	
TIPO VÍA:				NOMBRE VÍA:			
CALLE				MARQUÉS DE LARIOS			
PORTAL:		KM VÍA:		NÚMERO:		LETRA:	
BLOQUE:		ESCALERA:		PISO:		PUERTA:	
COMPLEMENTO DE DOMICILIO:			LOCALIDAD/ENTIDAD DE POBLACIÓN:			MUNICIPIO:	
						MALAGA	
PROVINCIA:						MALAGA	
C. POSTAL:						29005	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:			
952 21 19 15		951 55 00 03		farmaciamata.laboratorio@gmail.com			

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:
<i>Denominación de la Fórmula Magistral o Preparado Oficial:</i>	
<i>Cantidad solicitada:</i>	
<i>Forma Farmacéutica y Composición de la preparación:</i>	
<i>MÉDICO PRESCRIPTOR:</i>	<i>Nº COLEGIADO:</i>
<i>NOMBRE DEL PACIENTE:</i>	<i>D.N.I.:</i>

NOTA: ESTE DOCUMENTO SÓLO SERÁ VÁLIDO SI VA ACOMPAÑADO DE FOTOCOPIA DE LA RECETA PRESCRITA POR EL MÉDICO FACULTATIVO DEBIDAMENTE RELLENADA,

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



