

FORMULARZ ZAMÓWIENIA

NAZWA APTEKI : _____

(pieczętka lub wypełnić drukowanymi literami)

Wypełniony oraz podpisany formularz należy przesać do hurtowni:

_____ miejsce na dane hurtowni

faksem:

lub elektronicznie na adres email

Niniejszym zamawiam następującą liczbę opakowań produktu leczniczego Pomalidomide PPH (pomalidomid):

Dawka	Kapsułek w opakowaniu	Liczba opakowań
1 mg	14	
	21	
2 mg	14	
	21	
3 mg	14	
	21	
4 mg	14	
	21	

Dane lekarza przepisującego produkt leczniczy Pomalidomide PPH (wypełnia farmaceuta):

Imię i nazwisko lekarza: _____

Nr prawa wykonywania zawodu: _____

_____ Miejsowość, data

_____ Podpis farmaceuty

_____ Nazwisko farmaceuty/pieczętka

Oświadczenie dla profesjonalisty służby zdrowia

Niniejszym oświadczam, iż wykonuję zawód lekarza/farmaceuty (niepotrzebne skreślić) i otrzymałem/am i zapoznałem/am się z pakietem materiałów edukacyjnych dla produktu leczniczego Pomalidomide PPH 1, 2, 3, 4 mg, kapsułki, twarde (pomalidomidum), Podmiot Odpowiedzialny: Zakłady Farmaceutyczne POLPHARMA S.A. Tym samym zobowiązuję się do przekazania materiału edukacyjnego „Broszura dla pacjenta” pacjentowi, otrzymującemu lek Pomalidomide PPH 1, 2, 3, 4 mg, kapsułki, twarde (pomalidomidum).

_____ Pieczętka lekarza/apteki szpitalnej

_____ Podpis lekarza/farmaceuty/kierownika apteki