



Ordonnance: par fax au 0800 711 888

Données du patient	Modifications/Adresse de livraison
Nom:	
Prénom:	
Adresse:	
Code postal, localité:	
Numéro de téléphone:	
E-mail:	
Sexe: <input type="radio"/> masculin <input type="radio"/> féminin <input type="radio"/> divers	
Date de naissance: Jour Mois Année	
Assureur:	
Numéro d'assurance:	
Numéro de carte d'assuré:	

Ordonnance	Motif du traitement
<input type="radio"/> Ordonnance unique	<input type="radio"/> Maladie
Ordonnance permanente: <input type="radio"/> 6 mois <input type="radio"/> 12 mois	<input type="radio"/> Accident. Date d'événement:
	<input type="radio"/> Autre

Date	Nombre d'emballages	Médicament	Dose prescrite

Livraison à	Facturation à
<input type="radio"/> Patient	<input type="radio"/> Patient
<input type="radio"/> Médecin	<input type="radio"/> Médecin
<input type="radio"/> Adresse de livraison	<input type="radio"/> Adresse de livraison

Date: _____
Numéro GLN Cachet: _____

Tampon du cabinet/signature: _____