

Objednávka přípravku Imnovid®

Distributor – kontakt

Kontaktní osoba: _____
E-mail: _____
Telefon: _____

Vyplní lékarna:

Zákaznické číslo distributora: _____
Kontaktní údaje lékárny: _____
Telefon: _____
Adresa: _____
Objednávající osoba: _____

Pro individuálního pacienta objednávám následující **balení léčivého přípravku Imnovid** tvrdé tobolky:

POZOR: Pro pacientky, které mohou otěhotnět, je možno objednat pouze 1 balení.

Síla	Počet balení
1 mg	
2 mg	
3 mg	
4 mg	

Jméno předepisujícího lékaře / zdravotníka: _____
(pište HŮLKOVÝM PÍSMEM, prosím)

Předepisující pracoviště: _____
(pište HŮLKOVÝM PÍSMEM, prosím)

Datum objednání: _____