



**FARMACIA  
CALATRAVA 34**

## FORMULARIO DE ENCARGO DE ELABORACIÓN DE FÓRMULA MAGISTRAL O PREPARADO OFICIAL

### **DATOS DE LA ENTIDAD DISPENSADORA** (a rellenar por el solicitante)

<b>Nombre:</b>	<b>Fecha de encargo:</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Farmacia nº:</b>
<b>Municipio:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>Correo electrónico de contacto:</b>	
<b>Persona solicitante:</b>	<b>Firma/sello:</b>

### **DATOS DE LA ENTIDAD ELABORADORA** (a rellenar por la Farmacia Calatrava 34)

<b>Nombre:</b> Farmacia Juan Manuel Fernández Alonso	
<b>Farmacia nº:</b> M-0416-OF	
<b>Dirección:</b> C/ Calatrava 34. 28005. Madrid.	
<b>Teléfono:</b> 91 365 40 29	
<b>Correo electrónico:</b> formulacion@farmaciacalatrava34.com	
<b>Fórmula mag. tipificada o Preparado of.:</b> Si / No	<b>Fecha recepción:</b>
<b>Fórmula precio tasado:</b> Si / No	<b>Solicitud aceptada:</b> Si / No
<b>Fórmula financiada:</b> Si / No	<b>Fecha de aceptación:</b>
<b>P.V.P.:</b>	<b>Nº registro:</b>
<b>P.V.F.:</b>	<b>Firma/sello responsable aceptación:</b>
	<b>Fecha de elaboración:</b>
	<b>Fecha de envío:</b>
	<b>Transporte:</b>
	<b>Firma/sello responsable envío:</b>

### **DATOS DE LA PRESCRIPCIÓN** (a rellenar por el solicitante)

<b>Paciente (nombre y apellidos, edad, NIF/NIE):</b> <i>(si se tratara de una fórmula veterinaria, especie animal)</i>
<b>Prescriptor y nº de colegiado:</b>
<b>Transcripción de la prescripción:</b>
A esta solicitud debe adjuntarse una copia de la prescripción facultativa. La receta original debe quedar en poder de la farmacia dispensadora.

### **DATOS ADICIONALES / OBSERVACIONES**

*(Diagnóstico de sospecha, alergias o intolerancias, vía de administración, otros datos informativos para la elaboración o para la dispensación...)*