



**FARMACIA
CALATRAVA 34**

FORMULARIO DE ENCARGO DE ELABORACIÓN DE FÓRMULA MAGISTRAL O PREPARADO OFICIAL

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

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

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

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

DATOS DE LA PRESCRIPCIÓN (a rellenar por el solicitante)

Paciente (nombre y apellidos, edad, NIF/NIE): <i>(si se tratara de una fórmula veterinaria, especie animal)</i>
Prescriptor y nº de colegiado:
Transcripción de la prescripción:
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...)