



FORMULARIO SOLICITUD DE LAS RECETAS MÉDICAS PRIVADAS

Este formulario de solicitud será utilizado para peticiones de recetas por parte de colegiados, de manera individual.

Si un médico colegiado desea solicitar varias consultas o direcciones deberá remitir una solicitud por cada consulta o dirección del ejercicio.

Nº Colegiado:

Nombre y apellidos:

Especialidad Médica ejercida oficialmente acreditada:

*Centro de Trabajo (Cumplimente esta casilla indicando el Nombre del Centro Médico donde ejerza. Si es Consulta Privada, rellene esta casilla con "CONSULTA PRIVADA". Si es para uso particular rellene esta casilla con "USO PARTICULAR")

Dirección donde se ejerce:

Código postal:

Ciudad:

Provincia:

Teléfono:

Email:

Número de Recetas que solicita:

Formato: Papel / Pdf / Xml