

**FORMULARIO DE ENCARGO
DE FORMULACIÓN A TERCEROS**

Farmacia dispensadora

Encargo realizado por

Sello	Nombre responsable solicitud
	Otras observaciones de la farmacia solicitante

Médico Colegiado /

Paciente

Datos importantes a tener en cuenta Fecha deseada de entrega / /

Zona a tratar (x)

Cara Pelo Cuerpo
 Rectal Oral Otros indicar _____

Tipo de piel (x)

Seca N/M Grasa

Mañana Tarde

Indicación:

Para una correcta formulación del preparado se ruega cumplimentar correctamente todos los espacios solicitados del formulario.
Trabajando en conjunto por el bien de tu paciente.

Pegar receta para completar fax

Con el fin de causar un menor impacto ambiental, este documento se ha realizado en papel reciclado