

# Solicitud de Recetas

**LA INFORMACIÓN DE ESTE FORMULARIO SE VOLCARA EN LAS RECETAS (\*)**

## **Médico\***

Nº colegiado:

Nombre y apellidos:

Especialidad:

Nombre del centro o empresa (opcional):

Dirección del ejercicio profesional:

Número de teléfono profesional (opcional):

## **Talonarios\***

Nº de talonarios (cada talonario 100 recetas):

Formato:      Impresas       PDF       XML

Personalización del logotipo (si se quiere logotipo se debe adjuntar en formato "jpg."):

Si  No

## **Entrega**

Tipo de entrega:    En el colegio     Centro de trabajo

Si es para entregar en el centro de trabajo, indicar días y horario:

## **Facturación**

Nº de cuenta corriente del colegio: Si  No

Si es otra, indicar nº cuenta corriente (IBAN + 20 dígitos):

IBAN \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

Titular o razón social:

Dirección factura (CIF ó NIF y dirección completa):

## **FECHA Y FIRMA**