

# BON DE COMMANDE

A joindre avec chacune de vos commandes

Date de commande: ..../..../.....

|               |   |
|---------------|---|
| Destinataire  | Pharmacie Judais<br>34 rue d'Hilard 53000 Laval |
| Numéro de fax | <b>02-43-68-37-48</b>                           |
| Mail          | pharmacie.judais@hotmail.fr                     |

## JOINDRE ORDONNANCE

|   |                                   |                                       |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Dénomination de la pharmacie<br>(tampon visible)  |                                   |                                       |
| Numéro de téléphone de la pharmacie   |                                   |                                       |
| Numéro de fax de la pharmacie   |                                   |                                       |
| La demande concerne   | <input type="checkbox"/> Un devis | <input type="checkbox"/> Une commande |
| Préférence dans le choix du<br>transporteur (grossiste)   |                                   |                                       |
| Nom et prénom du patient<br>en MAJUSCULE  |                                   |                                       |
| Nom et prénom du médecin en<br>MAJUSCULE  |                                   |                                       |
| <b>N° de préparation si déjà réalisée</b>   |                                   |                                       |
| <b>La formule lisible<br/>(dosages et quantités demandées)</b>  |                                   |                                       |
| O Nourrisson          O Enfant          O Adulte  |                                   |                                       |
| Précision de l'âge et du poids de<br>l'enfant si préparation pédiatrique<br><b>Obligatoire pour préparations pédiatriques</b> | Age :                             | Poids :                               |

## Réception

|                        |  |
|------------------------|--|
| Date de réception      |  |
| Contrôle à réception   |  |
| N°ordonnancier         |  |
| Nom et visa pharmacien |  |

# **BON DE COMMANDE**

A joindre avec chacune de vos commandes