

Feuille de commande méthotrexate

Facturation
Livraison (Même: cocher ici)

No. client		No. client	
Pharmacie		Pharmacie	
Téléphone		Téléphone	

Vous devez obligatoirement inscrire votre numéro de client, le nom de votre pharmacie, votre numéro de téléphone, la date de la commande, ainsi que votre nom afin que cette commande soit acceptée.

*****SVP VEUILLEZ FAXER VOTRE COMMANDE AU MOINS 48 HEURES OUVRABLES AVANT LA DATE DE LIVRAISON DEMANDÉE*****

<i>Nom du patient</i>	<i>Votre numéro Rx</i>	<i>Numéro de Rx G&B</i>	<i>Dose (mg)</i>	<i>Nombre de seringues (cocher si aiguilles)</i>	<i>RAMQ</i>	<i>PRIVÉ</i>	<i>NOUVELLE ORDONNANCE OU PATIENT</i>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

No. de bon commande

Personne responsable		Date de livraison	
Signature			
Date de commande			

Note :