

Io _____ delego gli addetti delle Farmacie G&G a ritirare le ricette intestate a _____ secondo le modalità da me indicate in questo modulo

Firma intestatario ricetta

**INFORMAZIONI UTILI
FARMACI SU RICETTA**

Numero totale Ricette Prescritte		
Dove si trovano le Ricette		
Nome Medico prescrittore e Studio Medico		
Indicare codici delle Ricette prescritte se si conoscono		
Indicare il nome dei prodotti contenuti in ogni Ricetta		
DESIDERO RICEVERE	ORIGINALI	GENERICI

FARMACI SENZA RICETTA E PARAFARMACI

INFORMAZIONI UTILI PER LA CONSEGNA:

VIA E N.CIVICO	
NOME SUL CAMPANELLO	
NUMERO DI TELEFONO	
CODICE FISCALE	

TARIFE PER LA CONSEGNA:

4,50€ a consegna