

ZAMÓWIENIE NA SZCZEPIONKĘ ALERGENOWĄ

STALLERGENES  GREER

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

miejsce na pieczętkę z danymi apteki

Staloral 300

↙ oznacz krzyżykiem rodzaj leczenia ↘

kod	alergen	skład %	wstępne	podtrzymujące
350	D.ptę / D.far	50/50		
315	D.pteronyssinus	100		
688	5 traw	100		
615	brzoza	100		
605	bylica	100		

Staloral

400	Alternaria	100	×	×
507	kot	100	×	×

Oralair

↙ oznacz krzyżykiem rodzaj leczenia ↘

kod	alergen	skład %	wstępne	podtrzymujące
688	5 traw	100		

Aktualizacja: czerwiec 2016

Pieczętka i podpis lekarza

Data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ZAMÓWIENIA REALIZUJE HURTOWNIA FARMACOL S.A. ODDZIAŁ MORY

Formularz prosimy przesłać drogą elektroniczną

ZAMÓWIENIA: e-mail: szczepionki@farmacol.com.pl

REKLAMACJE: e-mail: reklamacje.szczepionki@farmacol.com.pl

INFORMACJE: infolinia: 22 73 38 610

www.farmacol.com.pl/strefa-apteki/szczepionkistallergenes

Wraz z pierwszym zamówieniem prosimy o przesłanie kopii dokumentów: NIP, regon, koncesja na prowadzenie apteki, wpis do ewidencji lub KRS na adres e-mail: dokumenty.szczepionki@farmacol.com.pl

PL-MM-ZAM 108:2016