BARCARENA: Saúde em *Proximidade*

FORMULÁRIO DE ENCOMENDA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS DE SAÚDE

Nome: _____

Morada: _____

Código-Postal: _____-_____ _____ Telefone: _____

NIF: _____ CARTÃO OEIRAS 65+: _____

1. Introduza os dados da receita médica de onde pretende a dispensa de medicamentos

NÚMERO DA RECEITA:

3	0	1	1	0	0	0	0											

CÓDIGO DE ACESSO E DISPENSA:

CÓDIGO DE OPÇÃO:

MEDICAMENTO	MARCA /LABORATORIO	DOSAGEM	QTD

2. Para além do receituário, há mais algum produto que necessite?

_____
_____
_____
_____

3. Data, Assinatura e Método de Pagamento Preferencial

_____/_____/2024 Assinatura _____

MÉTODO DE PAGAMENTO: DINHEIRO ☐ MULTIBANCO ☐ MBWAY ☐