



# Užsakymo forma

Vaistinė:

(naudokite spaudą arba rašykite didžiosiomis raidėmis)

Užpildytą ir pasirašytą formą išsiųskite didmeninės prekybos įmonei:

**el. paštu:** .....

Užsakau tokį skaičių vaistinio preparato Polalid  
(lenalidomido) pakuočių:

Stiprumas	Kapsulių skaičius pakuotėje	Pakuočių skaičius
25 mg	21	

Duomenys apie Polalid išrašiusį asmenį (*pildo vaistininkas*):

Gydytojo vardas ir pavardė: \_\_\_\_\_ Gydytojo licencijos numeris: \_\_\_\_\_

Vieta ir data \_\_\_\_\_ Vaistininko parašas \_\_\_\_\_ Vaistininko vardas ir pavardė / spaudas \_\_\_\_\_

## Sveikatos priežiūros specialisto įsipareigojimas

Patvirtinu, kad esu gydytojas / vaistininkas (nereikalingą išbraukti) ir kad gavau ir perskaičiau vaistinio preparato Polalid 2,5, 5, 7,5, 10, 15, 20, 25 mg kietosios kapsulės (lenalidomido), kurio registruotojas yra Zakłady Farmaceutyczne POLPHARMA S.A., mokomąją medžiagą. Taip pat sutinku pacientams, gaunantiems Polalid 2,5, 5, 7,5, 10, 15, 20, 25 mg kietosios kapsulės (lenalidomidą), pateikti mokomąją paciento brošiūrą.

.....  
(gydytojo / vaistinės spaudas)

.....  
(gydytojo / vaistininko / vaistinės vadovo parašas)

