

# FORMULARZ ZAMÓWIENIA

NAZWA APTEKI : \_\_\_\_\_  
(pieczętka lub wypełnić drukowanymi literami)

Wypełniony oraz podpisany formularz należy przesać do hurtowni:

\_\_\_\_\_ miejsce na dane hurtowni

**faksem:** .....

**lub elektronicznie na adres email** .....

Niniejszym zamawiam następującą liczbę opakowań produktu leczniczego Polalid (lenalidomid):

Dawka	Kapsułek w opakowaniu	Liczba opakowań
5 mg	21	
10 mg	21	
15 mg	21	
25 mg	21	

Dane lekarza przepisującego produkt leczniczy Polalid (wypełnia farmaceuta):

imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

nr prawa wykonywania zawodu: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Miejsowość, data

\_\_\_\_\_ Podpis farmaceuty

\_\_\_\_\_ Nazwisko farmaceuty/pieczętka

## Oświadczenie dla profesjonalisty służby zdrowia

Niniejszym oświadczam, iż wykonuję zawód lekarza/farmaceuty (niepotrzebne skreślić) i otrzymałem/am i zapoznałem/am się z pakietem materiałów edukacyjnych dla produktu leczniczego Polalid 2.5, 5, 7.5, 10, 15, 20, 25 mg, kapsułki, twarde (lenalidomidum), Podmiot Odpowiedzialny: Zakłady Farmaceutyczne POLPHARMA S.A.. Tym samym zobowiązuję się do przekazania materiału edukacyjnego „Broszura dla pacjenta” pacjentowi, otrzymującemu lek Polalid 2.5, 5, 7.5, 10, 15, 20, 25 mg, kapsułki, twarde (lenalidomidum).

\_\_\_\_\_ Pieczętka lekarza/apteki szpitalnej

\_\_\_\_\_ Podpis  
lekarza/farmaceuty/kierownika apteki