

PHARMACIE LINDA FRAYNE
5858, CH. DE LA CÔTE-DES-NEIGES, BUREAU 400
MONTRÉAL, QUÉBEC
H3S 1Z1

Téléphone: (514)342-8696

Télécopieur: (514)342-4996

FORMULAIRE DE COMMANDE OU D'ESTIMATION DE PRIX

Commande

Estimation de prix

Nom de la pharmacie : _____

Adresse de la pharmacie: _____

Téléphone: _____ Télécopieur: _____

Nom de la personne à contacter: _____

***** *Délai minimal de 24 heures pour tout produit non urgent* *****

**ATTENTION: SI LE FORMULAIRE N'EST PAS DÛMENT COMPLÉTÉ,
VOTRE COMMANDE RISQUE D'ÊTRE RETARDÉE.**

Détails de la commande (veuillez inclure une copie de l'ordonnance pour chaque commande):

Nom du produit	Forme	Dose du produit	No. de doses

Patient(e) assuré(e) par: RAMQ : _____ Assurance privée
(No RAMQ obligatoire)

Livraison le _____ de 6 – 9 pm Passera le _____ à ____ hr.

Livraison urgente (frais supplémentaires) le _____ avant _____ am / pm.

POUR USAGE PROFESSIONNEL

Nom du (de la) pharmacien(ne): _____

Numéro de licence: _____

Signature: _____

Date de la commande: _____