

FORMULAIRE DE COMMANDE OU D'ESTIMATION DE PRIX

Commande Estimation de prix Date de la commande : _____

Nom de la pharmacie : _____ Personne-contact : _____

Adresse de la pharmacie: _____ Code postal : _____

Téléphone: _____ Télécopieur: _____

Pharmacien : _____ Permis : _____ Signature : _____

Veillez inclure une copie de l'ordonnance.

Nom du produit	Forme	Dose	Quantité	Assuré par	
				RAMQ <i>(champs obligatoire, si assuré par RAMQ)</i>	Ass. privée
				Exp :	
				Exp :	
				Exp :	
				Exp :	
				Exp :	

Livraison non-urgente le _____ de 6-9 h P.M. Passera le _____ (nous vous aviserons dès que c'est prêt)

Livraison urgente le _____ avant _____ A.M./ P.M. (SVP prévoir des frais supplémentaires.)

Prévoir un délai minimal de 24 hrs pour tout produit non urgent. Merci et au plaisir de vous servir !