



ENCARGO Y ACEPTACIÓN DE ELABORACIÓN Y/O CONTROL DE FÓRMULAS MAGISTRALES O MEDICAMENTOS INDIVIDUALIZADOS Y/O PREPARADOS OFICINALES		
Entidad dispensadora		
Nombre del titular de farmacia / servicio de farmacia		CÓDIGO UP:
Farmacéutico/a solicitante		Núm. de col.
Dirección de la farmacia / servicio de farmacia		
Población		C.P.
Teléfono de contacto		Móvil:
Correo electrónico		
Datos de la receta / orden médica		
Nombre y apellidos del paciente		DNI/CIP del paciente
Nombre y apellidos del prescriptor		Núm. de col.
Observaciones para la elaboración: espacio para hacer constar todas las observaciones del paciente o médico, tipo de presentación, fluidez, etc.		
Entidad elaboradora		CÓDIGO UP: 10438
Prescripción (fórmula): transcripción cuantitativa de los PA y fotocopia de la receta/orden médica.		
Datos de control		
SELLO DE LA ENTIDAD DISPENSADORA	FECHA DEL ENCARGO	FIRMA / ELECTROÓNICA
Mayorista o distribuidor: entidad a quien se ha de solicitar el transporte de la FM. Esta petición está sujeta a la normativa vigente.		
Indicar el nombre:		