

Pedido de entrega ao domicílio

1. Dados do Cliente:

Nome _____

Local para entrega _____

Indicações úteis de orientação para chegar ao local (ex. Junto ao Café) _____

Telf _____ Telemóvel _____

2. Encomenda (Assinale com X a situação aplicável) :

Produtos sujeitos a receita médica

Receita anexa ao pedido (Neste caso não é necessário indicar os produtos)

Receita a entregar após recepção dos medicamentos

Observações para aviamento _____

Quantidade	Produto (descrição com o máximo pormenor que for possível)	C/Receita Médica	S/Receita Médica
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dia e hora pretendida para entrega (assinale com X a hora mais conveniente)

Dia ... / ... / ... Entre as: 11.30h e as 13.30h

16.00h e as 18.00h

18.00h e as 20.00h

Outra: (indicar qual) _____ (sujeita a nossa confirmação)

3. Pagamento:

Pretende ser informado previamente do total a pagar: Sim Não

DINHEIRO MULTIBANCO

Data ... / ... / ... O cliente _____

4. Confirmação de entrega :

- Declaro que os produtos pedidos me foram entregues em bom estado e me foi possibilitado o aconselhamento farmacêutico adequado: O Cliente _____

- Serviço gratuito dentro do perímetro urbano da Guarda. Para outros locais fora da cidade e dentro concelho sujeito a taxa de deslocação. Consultar condições em www.farmacia-se.com. Entregas de 2ª a Sábado das 11.00h às 20.00h.

Um Serviço da responsabilidade da Farmácia da Sé Unipessoal Lda
Rua Batalha Reis, nº2, tel. 271 223 202 | fax. 271 222 747 | 6300 - 668 Guarda
Dir. Técnica: Dr.ª Maria João Coelho Tavares Madeira Grilo