

Nombre del paciente: DNI:

Dirección:

Localidad:

Provincia:

Código postal:

Teléfono:

Estimado Guillermo Marro Borau:

Autorizo a Pack Pirineos S.A. - SEUR (NIF A-22042683) a pasar a recoger por su Farmacia (Farmacia Marro, Coso Bajo 54, Huesca) los medicamentos que estén encargados a mi nombre y a hacérmelos llegar a mi domicilio.

Y para que conste, lo firmo en, a de de 20.....

Firma del paciente o cuidador*:

* **NOTA:** En caso de que no pueda firmar el paciente, deberá hacerlo su cuidador o un familiar cercano. En ese caso, rellenar por favor los siguientes campos:

Nombre del cuidador: DNI:

Relación familiar (si existe) con el paciente:

Enviar a FARMACIA MARRO por cualquiera de los siguientes medios:

Dirección postal: Farmacia Marro - Coso Bajo 54 - Huesca 22001

Fax: 974 239 038

Email: contacto@farmaciamarro.com