**Žádanka o výdej léčiv**

******Dodavateli:

***IPC Pharmaservices, s.r.o.***

***Brněnská 315/4***

***Hradec Králové***



Název zdravotnického zařízení: ………………………………………………………………...

Jméno předepisujícího lékaře …………………………………………………………………..

Sídlo …………………………………………………………………………….........................

IČ ……………………………………… DIČ……………………..…………………………

Dodejte na adresu (vyplňte, pokud je jiná než fakturační):

…………………………………………………………………………………………………...

Datum ………………………… Podpis a razítko ..............................................................

***Všechny uvedené údaje jsou povinné!***

telefon …………………………………………………………………………………………

e-mailová adresa ...................……………………………...........................................................