

טלפארמה עד הבית

טופס ייפוי כוח לקבלת תכשירים באמצעות שליח

אני החתום/ה מטה

שם: _____ שם משפחה: _____

תעודת זהות: _____ כתובת: _____

מייפה את בית המרקחת "טלפארמה", שכתובתו: רחוב טוליפמן 7 ראשון לציון להעביר אלי תכשירים על ידי שליח.

התחייבות

אני מתחייב/ת לספק את מרשם הרופא המקורי כנגד קבלת התכשירים.

אני מסכים/ה לקבל מידע וייעוץ תרופתי באמצעים המפורטים בפרטי ההתקשרות עם בית המרקחת. (טלפון, פקס, דואר אלקטרוני, צ'ט).

חתימה: _____ תאריך: _____

פקס טלפארמה - 1800-60-80-60

טלפון – 1800-61-62-63



אמון הציבור
לקידום הגינות בעסקים

טלפארמה מקבוצת פישמן רשתות, רחוב טוליפמן 7 אזה"ת הישן ראשל"ן

www.telepharma.co.il



מכון התקנים הישראלי