

## SOLICITUD DE TALONARIO RECETA PRIVADA

Fecha: ...../...../.....

Nº de colegiado/a: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI/NIE/Pasaporte núm. \_\_\_\_\_

Domicilio profesional (figurará en las recetas):  
\_\_\_\_\_

C. Postal: \_\_\_\_\_ Población: \_\_\_\_\_

e-mail\*: \_\_\_\_\_ Teléfono/Fax\*: \_\_\_\_\_

\* (Obligatorio para Recetas europeas según RD 81/2014)

En CD PDF     En CD XML     En papel    Nº de talonarios (de 100 recetas): \_\_\_\_\_

Recoger en el Colegio de Médicos.

Enviar talonario

Domicilio de entrega: \_\_\_\_\_

C. Postal: \_\_\_\_\_ Población: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

(se cotejará firma con la ficha colegial)

Remitir escaneado después de firmado al email: [colegiomedicoscr@gmail.com](mailto:colegiomedicoscr@gmail.com)

### MEDIDA DE SEGURIDAD:

Las recetas se envían sin activar; por tanto, cuando las tenga en su poder, debe llamar al Colegio (926211432) para su activación. Hasta ese momento no las podrá utilizar.

El domicilio de entrega deberá coincidir con el de su ficha colegial; en caso contrario desde el Colegio nos pondremos en contacto con Ud.