

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 PDF	
☐ mail*	☐ CD

En XML	
☐ mail*	☐ CD

En papel
☐

Nº talonarios (de 100 recetas): _____

*Si elige la opción por mail, se le hará envío del archivo en el formato elegido, comprimido y protegido con contraseña, la cual se le remitirá por Whatsapp al móvil indicado en la solicitud

☐ Recoger en el Colegio de Médicos

☐ Enviar talonario

Domicilio de entrega: _____

Código Postal: _____ Población: _____

Firma: _____

(se cotejará firma con la ficha colegial)

Remitir escaneado después de firmado al email: colegiomedicoscr@comciudadreal.org

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.