

**PRONTEX®**  
**Pomalidomida**  
**Formulario de Inscripción del Prescriptor**

**Por favor completar los espacios en blanco.**

Nombre (Médico) \_\_\_\_\_

Título y Número de matrícula \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_

Numero de documento (DNI) \_\_\_\_\_

**Por favor indicar dirección principal donde recibirá materiales y nueva información.**

Locación principal \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Entiendo que si no cumplo con todos los requisitos del programa mis recetas de POMALIDOMIDA no serán dispensadas en farmacias certificadas.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Devolver este formulario a Laboratorio Kemex vía Fax o e-mail.**

Tel: 54-11-4138-1000

Fax: 54-11-4138-1014

Mail: [farmacovigilancia@kemexlab.com](mailto:farmacovigilancia@kemexlab.com)