



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PRESCRIPTOR

Por favor completar los espacios en blanco.

Nombre y apellido:.....

Título y Número de Matrícula:.....

Especialidad:.....

(DNI):.....

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

Institución:.....

Dirección:.....

Ciudad:..... Pcia.:..... C.P.:.....

Teléfono:..... Ext.:..... Fax:.....

Email:.....

Entiendo que si no cumpla con todos los requisitos del programa mis recetas de Renged no serán dispensadas en farmacias certificadas.

Firma y Sello Médico:..... 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

kemex
laboratorio

Nazarre 3446 (C1417DXH)
Buenos Aires - Argentina
Tel: (+5411) 41381000
Fax: (+5411) 41381016
www.kemexlab.com