POLE PHARMACIE - UNITE PHARMACEUTIQUE DES CESSIONS EXTERNES
TEL. : 04.67.33.68.43 - FAX : 04.67.33.59.78
ventepharmacie@chu-montpellier.fr

FICHE DE LIAISON – À remettre avec l'original de l'ordonnance au grossiste
ATTENTION DELAI ENVIRON 10 jours

OFFICINE

Nom de la Pharmacie (présent sur votre tampon) :_____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

FAX : _____

Mail : _____

Date de la demande : _____/_____/_____

Nom de la personne qui s'est occupée de la demande :

PATIENT :

Nom (3 premières lettres seulement et en MAJUSCULE) : _____**Prénom** (3 premières lettres seulement et en MAJUSCULE) : _____

Date de naissance : _____/_____/_____

À remettre à un des 3 grossistes de Montpellier :

Cocher votre grossiste : **OCP** ☐ **CERP** ☐ **ALLIANCE** ☐

Commentaire :

HOPITAL

Préparé le : _____/_____/_____

Préparé par : _____

Tampon

À REMPLIR PAR LA PHARMACIE HOSPITALIÈRE

Commentaire :

GROSSISTE

Enlevé le : _____/_____/_____

Par : _____

Signature

À REMPLIR PAR LE GROSSISTE : 2 EXEMPLAIRES
Dont 1 à laisser à la pharmacie hospitalière
