

Souhlas poskytovatele zdravotních služeb / veterinární ordinace
s odebráním individuálně připravovaných léčivých přípravků

Název a adresa provozovatele (fakturační adresa):	
telefon:	
IČO:	
DIČ:	
Název a adresa ordinace (dodací adresa):	
komorové číslo / identifikační číslo zařízení:	
telefon:	
email:	

Podpis a razítko provozovatele
(osoby oprávněné jednat):

Datum: