

טופס הרשמה:

* שדות חובה.

פרטי הלקוח: הלקוח הינו האדם ששמו רשום במרשם.

* שם פרטי: * שם משפחה:

* שם פרטי בלועזית: * שם משפחה בלועזית:

ת.ז. * תאריך לידה: / / נ ז מין

* רחוב: * מס' הבית: קומה: מס' דירה:

* עיר: מיקוד:

* טלפון בבית: * טל. סלולרי:

פקס: טלפון בעבודה:

* דוא"ל:

פרטי התרופה:

* שם התרופה: * חוזק התרופה: * כמות:

* סוג: טבליות כמוסות נרות אבקה טיפות, נפח: זריקה, נפח:

פרטי איש קשר: במידה והמטפל בהזמנה הינו אחר ולא הלקוח.

* שם פרטי: * שם משפחה:

* טלפון בבית: * טל. סלולרי:

פקס: טלפון בעבודה:

* דוא"ל:

פרטי המשלוח:

לכתובת המזמין.

לכתובת אחרת, נא למלא את הפרטים:

שם פרטי: שם משפחה:

רחוב: מס' הבית: מס' דירה: קומה:

עיר: מיקוד:

מהירות המשלוח: דחוף: תוך 3 ימי עבודה. מהיר: 5-7 ימי עבודה. רגיל: 7-10 ימי עבודה.

תרופות המצריכות תנאי אחסון והובלה מבוקרים, כגון: קירור, יובלו רק במשלוח מהיר.