

**SOLICITUD DE FÓRMULA MAGISTRAL O PREPARADO OFICIAL PARA TERCEROS**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20

**Datos del solicitante**

D./Dña \_\_\_\_\_, Farmacéutico/a de la oficina de farmacia \_\_\_\_\_  
con N° registro \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_ y e-mail: \_\_\_\_\_

**Solicita**

A la entidad legalmente autorizada para la elaboración para terceros Farmacia Canales C.B. de acuerdo con el contrato establecido, la elaboración de la siguiente fórmula magistral o preparado oficial, cuya receta acompaño.

**COMPOSICION**

**PACIENTE:**

**MÉDICO:**

Enviar este impreso, **junto con la copia de la receta médica**, a Farmacia Canales C.B. (info@farmaciacanales.com)

**CONSENTIMIENTO DE CESIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:**

D./Dña (o tutor legal) \_\_\_\_\_  
con DNI \_\_\_\_\_, certifico que he sido informado que mis datos personales y médicos, que facilito directamente, serán comunicados a la Farmacia Canales CB para la elaboración de la fórmula magistral prescrita por mi médico y cuya receta acompaño a esta solicitud.

*REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016*  
relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales.

**Firma paciente o tutor legal      Firma y sello Farmacia**

**farmacia Canales C.B.**

Avda. Fernando Pérez Ojeda,9. C.P.: 03130 Santa Pola (Alicante)  
T. (+34) 966 696 279 | Fax. (+34) 966 691 999  
info@farmaciacanales.com  
**Llamada gratuita 900 853 123**