

ŽIADANKA NA IMNOVID (pomalidomid)

Komu: PHOENIX Zdravotnícke zásobovanie, a.s.
Pribylinská 2/a, 831 04 Bratislava
[Email: callcentrum@phoenix.sk](mailto:callcentrum@phoenix.sk)
Tel: 0800 101 666 (tónová voľba 2)
Fax: 02 49 999 227

Kto: Meno lekára, ktorý predpisal liek:

Objednávam nasledujúce balenia lieku Imnovid (pomalidomid) na liečbu pre môjho individuálneho pacienta:

Kód ŠUKL-u:	Balenie:	Počet objednaných balení:
6798A	Imnovid cps dur 21 x 3 mg	
6799A	Imnovid cps dur 21 x 4 mg	

Dátum: Podpis a pečiatka lekára

Pečiatka lekárne: