

PROCURAÇÃO

para entrega de medicamentos de dispensa exclusiva hospitalar
(Biológicos – biossimilares – JAK Quinase)

Eu,

nascido/a em

com o N^o de utente

e com o Cartão de Cidadão / BI - Número

declaro que autorizo o levantamento por 3^a. Pessoa, do medicamento

na Farmácia de Ambulatório do Hospital

a ser entregue na seguinte morada:

Telefone de Contacto:

Data e Assinatura

(Assinatura conforme documento de identificação)

Nota: Esta procuração deve ser enviada para o seguinte e-mail: **andar@andar-reuma.pt**