

# ZAMÓWIENIE

## „Program DTP” dla Aptek

FRAXIPARINE inj 2850jm/0,3ml x10amp-strz	ilość op.*	.....
FRAXIPARINE inj 3800jm/0,4ml x10amp-strz	ilość op.*	.....
FRAXIPARINE inj 5700jm/0,6ml x10amp-strz	ilość op.*	.....
FRAXIPARINE inj 7600jm/0,8ml x10amp-strz	ilość op.*	.....
FRAXIPARINE inj 9500jm/1,0ml x10amp-strz	ilość op.*	.....
FRAXODI inj 11400jm/0,6ml x 10amp-strz	ilość op.*	.....
FRAXODI inj 15200jm/0,8ml x 10amp-strz	ilość op.*	.....
FRAXODI inj 19000jm/1,0ml x 10amp-strz	ilość op.*	.....
* każde opakowanie handlowe zawiera 10 ampułko-strzykawek		
SEREVENT DYSK pr inh 50mcg/d x 60	ilość op.	.....
SEREVENT aer bezfreonowy 25mcgx120	ilość op.	.....
SERETIDE DYSK 100 pr inh 100+50mcg/d x60	ilość op.	.....
SERETIDE DYSK 250 pr inh 250+50mcg/d x60	ilość op.	.....
SERETIDE DYSK 500 pr inh 500+50mcg/d x60	ilość op.	.....
REQUIP MODUTAB tabl. 2mg x 28	ilość op.	.....
REQUIP MODUTAB tabl. 4mg x 28	ilość op.	.....
REQUIP MODUTAB tabl. 8mg x 28	ilość op.	.....
AVAMYS aer donos 27,5 mcg/d x 120	ilość op.	.....

<b>Apteka - odbiorca produktów</b>	(pełna nazwa apteki) ..... (ul.) ..... (kod pocztowy) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (miejscowość) .....
<b>Płatnik – odbiorca faktury</b>	(NIP) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis osoby upoważnionej do podejmowania zobowiązań w imieniu apteki

Zamówienie prosimy przesłać faksem na nr **0-61 867 6516**

lub na adres [zamowienia.gsk@gsk.com](mailto:zamowienia.gsk@gsk.com)

dotatkowo kontakt z Działem Obsługi Klienta pod nr tel. 0-61 860 1121