

Formato de Autorización para Medicamentos Bajo Prescripción

Por favor complete este formato y envíelo por **fax** al **888.277.7680**. También puede escanear o enviar el formato ya completo por correo electrónico a info@eyeinjectionkits.com o por correspondencia a:

Eye Injection Kits International, Inc., P.O. Box 972981, El Paso, Texas 79997

Número de Cuenta: _____

Nombre de la Empresa: _____

Atención: _____

Dirección: _____

Ciudad y Estado /Provincia: _____ CP: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Apreciable Cliente:

Debido a que los contenidos de nuestros **Convenience Kits** son prescripciones farmacéuticas, es necesario que recibamos la autorización del médico responsable en el lugar de su negocio antes de enviarlo.

Le agradecemos que el médico que autoriza, llene este formato y nos lo regrese, junto con una copia de su número de registro DEA o su licencia de conducir. Por favor tome nota que únicamente podemos hacer envíos a las regiones del estado en las que el médico tiene licencia autorizada.

Si en sus instalaciones no cuentan con un Director Médico, pero tiene licencia para comprar productos bajo prescripción médica, favor de incluir copia de la licencia con este formato para su debida identificación.

Por medio del presente, autorizo a el/los representante(s) interno(s) asignados de estas instalaciones para solicitar medicamentos.

(Por favor identifique a los representantes aquí) _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Nombre del Médico (En letra manuscrita): _____

SELECCIONE UNO:

Número de Licencia Estatal * ☐

_____ Fecha Exp.: _____

*Se requiere copia únicamente con fines de validación

Número de Registro Number DEA * ☐

_____ Fecha Exp.: _____

*Se requiere copia únicamente con fines de validación

CUSTOMER SERVICE: 800.385.5350 • 915.317.1244 • fax: 888.277.7680 • www.eyeinjectionkits.com