

 PROMODENTAIRE	P-4.1.001.001 Formulaire Matrice Formulaire Formulaire commande à usage professionnel	P-4.1.001.001	
		Version	9
		Date d'application	11-sept.-2026

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP : Ville:

Tél. :

Email :

Siret :

N° RPPS :

N° Ordre :

Le _____

Je soussigné(e), Docteur

agissant pour :

☐ mon compte
☐ le compte de la SCM, groupement, centre, ou autres :

Précisez : _____

Souhaite utiliser les spécialités pharmaceutiques suivantes (dans le cadre des limites maximales *) pour mon **usage professionnel**.

* Dans la limite des quantités maximales, à titre indicatif, veuillez indiquer le nombre de praticiens et de fauteuils au sein du lieu d'exercice : /

REFERENCE COMMERCIALE	DÉSIGNATION	CONDITIONNEMENT	QUANTITÉS à livrer immédiatement (en nombre de boîtes)
7-680	ALPHACAÏNE N	boîte de 100 cartouches	
7-681	ALPHACAÏNE SP	boîte de 100 cartouches	
7-696	ARTINIBSA 1/200 000	boîte de 50 cartouches	
7-645	LONCARTI 1/100 000	boîte de 50 cartouches	
7-646	LONCARTI 1/200 000	boîte de 50 cartouches	
7-602	PRIMACAÏNE 1/100 000	boîte de 50 cartouches	
7-603	PRIMACAÏNE 1/200 000	boîte de 50 cartouches	
7-550	UBISTESIN 1/100 000	boîte de 50 cartouches	
7-551	UBISTESIN 1/200 000	boîte de 50 cartouches	
7-600	XYLOROLLAND SANS VASOCONSTRICTEUR	boîte de 50 cartouches	
7-610	XYLOCONTACT	tube de 15g	
7-619	ORAQIX	boîte de 20 cartouches de 1.7g	

Signature et tampon

Fait à le