PROMODENTAIRE Partenaire du libéral de demain	**Formulaire commande à usage professionnel**	N°3.3.1.2.P	
		Version	5
		Date d'application	20/06/2023

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	
7-695	ARTINIBSA 1/100 000	boîte de 50 cartouches	
7-696	ARTINIBSA 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 ……