

**FORMULARIO DE COMPRAS A FARMACIA MERITXELL /
ORDER FORM TO PHARMACY MERITXELL**

Farmacia Meritxell
Dr. Nequi nº 7
Andorra la Vella
Principat d' Andorra Tlf: 00 376 826060 Fax: 00 376 804556
E-mail: info@farmaciameritxell.com monica@farmaciameritxell.com

**Solicito el pedido de los siguientes medicamentos:
Please process my order of the suitable drugs:**

- MEGA NUTRI-CELL _____
- BASIC ANTI-OXIDANT _____
- BASIC CoQ10 _____
- MEGA GLUTATHIONE _____
- BASIC SUPPORT-CELL _____

BASIC SUPPORT-CELL

OTROS/OTHERS:

Nombre/ Name: _____

Calle/Avenida/Plaza/Address: _____

Piso/Puerta/Escalera/Door: _____

Población/City: _____

Provincia/State: _____ **Código Postal/ZIP Code:** _____

Teléfono/ Phone: _____ **NIF:** _____

Nombre de su médico / Doctor's Name: _____

(Sólo para fármacos que precisan prescripción médica; Only for prescription drugs)

Nº de Colegiado / Doctor's Code Number: _____

(Sólo para fármacos que precisan prescripción médica; Only for prescription drugs)

Forma de Pago / Payment:

(Overseas only Credit Card, Money Gram (Amex Service) or Western Union)

Giro Postal: ___ **Giro Telegráfico:** ___ *(Marque con una X/Check with a X)*

Visa: _____ **Caduca/Expiration :** ___ / ___

(Rellene todos los campos / All fields required)

Nueva modalidad de pago seguro a partir de nuestro servidor seguro online:

(Le enviamos un link, para que Vd. pueda realizar el pago seguro con su tarjeta de credito/We'll send you a link to make a secure payment with your credit card)

Gastos península: 13,70 euros