

**FORMULARIO DI COMPRE ALLA FARMACIA MERITXELL /
ORDER FORM TO PHARMACY MERITXELL**

Farmacia Meritxell
Dr. Nequi n° 7
Andorra la Vella
Principat d' Andorra
Tlf: 00 376 826060
Fax: 00 376 804556
E-mail: info@farmaciameritxell.com monica@farmaciameritxell.com

**Prego procedere il mio ordine di questi medicinali:
Please process my order of the suitable drugs:**

- | | | | |
|--------------------------|-------|-------------------|-------|
| • ULTRAPREVENTIVE X | _____ | Cuantitá/Quantity | _____ |
| • ULTRA ANTI-OXIDANT | _____ | | _____ |
| • CoQ10 | _____ | | _____ |
| • GLUTATHIONES PLUS | _____ | | _____ |
| • RESISTANCE SUPPORT FLA | _____ | | _____ |
| • NOPAL CACTUS | _____ | | _____ |
| • WEIGHT-LESS | _____ | | _____ |

ALTRE DATI/OTHERS:

Nome/ Name: _____

Direzione/Address: _____

Piano/Porta/Scala/Door: _____

Cittá/City: _____

Provincia/State: _____ **Codice Postale/ZIP Code:** _____

Telefono/ Phone: _____ **Carta d'Identitá:** _____

Nome del suo medico / Doctor's Name: _____
(Solo per farmaci che precisano inniscrizione medica; Only for prescription drugs)

N° Iscrizione nel Registro di Medici / Doctor's Code Number:

(Solo per farmaci che precisano inniscrizione medica; Only for prescription drugs)

Forma di pagamento / Payment:

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

Giro Postale: ____ **Giro Telegrafico:** ____ (Marque con una X/Check with a X)

Visa: _____ **Caduca/Expiration :** ____ / ____
(Rellene todos los campos / All fields required)

Nuova modalitá di pagamento sicuro:

(Li mandiamo un link, perché lei possa realizzare il pagamento sicuro con la sua credit card/We'll send you a link to make a secure payment with your credit card)

[+ spese di invio]