

KRISTALOSE[®] (lactulosa) para solución oral

Formulario de pedido de muestra

El profesional habilitado que solicita las muestras debe completar la siguiente información en su totalidad y firmar el pedido de puño y letra. Para que sus pacientes puedan recibir el beneficio de estas muestras, le rogamos que envíe este pedido por FAX, al 800-801-6789.

Datos del profesional (escriba claramente, en letra de imprenta).

Primer nombre del profesional: _____ Inicial intermedia: _____
 Apellido del profesional: _____
 Designación del profesional (marque una): MD DO PA NP* Número NPI _____
 Número de matrícula estatal: _____
 Lugar de registro del profesional: domicilio para envíos
 Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono del consultorio del profesional: _____ Fax del consultorio: _____
 Dirección de correo electrónico: _____

Tenga en cuenta que no se pueden enviar las muestras a una casilla de correo.

Marque uno o ambos:

- Cantidad 6 66220-719-51 Kristalose[®] 10 gramos, cajas con 1 sobre de muestra
 y/o
 Cantidad 6 66220-729-51 Kristalose[®] 20 gramos, cajas con 1 sobre de muestra

Kristalose[®] es fabricado y distribuido por Cumberland Pharmaceuticals Inc. (Nashville, TN).

He solicitado los artículos de venta bajo receta detallados más arriba para satisfacer las necesidades médicas de mis pacientes. Certifico que cuento con la debida habilitación de la autoridad estatal para recibir las muestras de los medicamentos indicados en este pedido.

FIRMA OBLIGATORIA DEL PROFESIONAL _____ Fecha: _____
(No se admiten sellos de goma)

Certifico que soy un profesional habilitado y apto para solicitar, recibir, recetar y entregar estas muestras. Soy el profesional responsable de recetar las muestras en el lugar indicado más arriba. Si soy enfermero matriculado o asistente del médico, certifico que estoy autorizado y que reúno los requisitos en el estado en el cual ejerzo actualmente, para hacer el pedido en el lugar solicitado indicado más arriba y recibir estas muestras y que cuento con la aprobación de mi médico supervisor para hacerlo. He solicitado estas muestras para satisfacer las necesidades médicas de mis pacientes y no venderé, revenderé, comercializaré, canjearé, devolveré a cambio de un crédito, ni buscaré reembolsos de terceros por ellos.

- ❖ Una solicitud de pedido por envío por cada período de 60 días.
- ❖ Las muestras no se enviarán a domicilios de hospitales, sino que se enviarán al consultorio registrado del profesional.
- ❖ Las muestras NO se enviarán si faltara la firma de puño y letra y la validación del número de matrícula estatal del profesional.
- ❖ Los profesionales serán validados con la base de datos actual de certificaciones profesionales por Cumberland Pharmaceuticals.
- ❖ Las muestras solicitadas se enviarán por UPS vía terrestre, con firma obligatoria, dentro de los cinco días hábiles de haber recibido el formulario completo y de haber completado la verificación de la matrícula; tenga en cuenta que hay un cierto margen de tiempo para que le despachen/entreguen las muestras.

Firme y envíe por fax al: 800-801-6789


(Lactulosa) para solución oral

PP02700316

*Doctor en medicina, doctor en osteopatía, asistente del médico, enfermero matriculado