



**PEDIDO DE RECETA MÉDICA PARA SU USO PRIVADO  
COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE MALAGA**

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Núm. Colegiado (8 dígitos) \_\_\_\_\_

**Direcciones de las consultas para las que solicita las recetas:**

**Dirección 1:**

Dirección: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Letra: \_\_\_\_\_ C. Postal \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Dirección 2:**

Dirección: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Letra: \_\_\_\_\_ C. Postal \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Número de talonarios (500 recetas por talonario)**

Dirección 1: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

**Fecha:**

**Firma**