



PRESCRIPTION REQUEST FORM /

RECETA ORDEN FORMA

USE THIS FORM TO ORDER REFILLS & NEW PRESCRIPTIONS

Name: _____

Date of Birth: _____

Phone Number: _____

Rx numbers (or names of medications):

New prescriptions are filled the same day, **AS TIME PERMITS**

REFILLS: Due to high volumes, please allow us up to **2 BUSINESS DAYS**.

UTILIZE ESTA FORMA PARA RECARGAS Y NUEVAS RECETAS

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Numero de telefono: _____

Numero de receta o nombres de medicamentos:

Las nuevas recetas se surten el mismo día, **SEGÚN EL TIEMPO LO PERMITE**

RECARGAS: Debido a los altos volúmenes, permítanos **2 DÍAS HÁBILE**

