

## **MODE OPERATOIRE DEPANNAGE XYLOCAINE ADRENALINE**

### **INFORMATIONS NECESSAIRES**

Nom et prénom du prescripteur ou structure :

Téléphone :

Produit souhaité (merci de compléter informatiquement le tableau):

Pharmacie à livrer (nom, adresse, tél) :	Code Article CSP	Code CIP 13	Produit	Quantité souhaitée
	VR44537FR1	3400931152125	XYLOADRE 10MG/MLX1FLAC	
	VR44535FR1	3400931152415	XYLOADRE 20MG/MLX1FLAC	

### **PROCEDE**

Informations à transmettre à [pharma@aspenpharma.eu](mailto:pharma@aspenpharma.eu) (toute demande sera suivie d'un accusé de réception)

Basée sur ces informations, la commande partira directement (après validation pharmaceutique) sans prise de contact avec la pharmacie. Nous vous laissons donc l'en informer.