



Nome do médico:

Local trabalho:

Data: / /

Tel.:

Nome do doente:

Data nascimento: / /

Nº contribuinte:

Morada:

E-mail:

Código postal:

Localidade:

Tel./Móv.:

SNS

ADSE

Outro

nº

Morada de entrega:

Código postal:

Localidade:

PAGAMENTO POR MULTIBANCO: Solicito o envio dos dados **Entidade, Referência e Montante** por SMS o e-mail

INDIQUE O TIPO DE TRATAMENTO, COMPOSIÇÃO e CONCENTRAÇÃO

CLUSTOID	%
GRAMÍNEAS SELV. (Dactylis, Lolium, Phleum)	
<i>Alnus glutinosa</i>	
<i>Ambrosia artemisiifolia</i>	
<i>Artemisia vulgaris</i>	
<i>Betula verrucosa</i>	
<i>Corylus avellana</i>	
<i>Cupressus arizonica</i>	
<i>Cynodon dactylon</i>	
<i>Dactylis glomerata</i>	
<i>Fraxinus excelsior</i>	
<i>Lolium perenne</i>	
<i>Olea europaea</i>	
<i>Parietaria judaica</i>	
<i>Phleum pratense</i>	
<i>Phragmites communis</i>	
<i>Plantago lanceolata</i>	
<i>Platanus acerifolia</i>	
<i>Salsola kali</i>	
<i>Secale cereale</i>	
<i>Blomia tropicalis</i>	
<i>D. farinae</i>	
<i>D. pteronyssinus</i>	
<i>Lepidoglyphus destructor</i>	
<i>D. pteronyssinus + D. farinae</i>	
Cão	
Gato	

POLIPLUS	
Selecione até 3 dos extratos disponíveis	
GRAMÍNEAS SELV. (Dactylis, Lolium, Phleum)	
<i>Cupressus arizonica</i>	
<i>Olea europaea</i>	
<i>Parietaria judaica</i>	
<i>Platanus acerifolia</i>	
<i>Salsola kali</i>	
<i>Blomia tropicalis</i>	
<i>D. pteronyssinus</i>	
<i>D. pteronyssinus + D. farinae</i>	
<i>Lepidoglyphus destructor</i>	
Cão	
Gato	

ABENOX	
<i>Apis mellifera</i>	

HYMNOX	
<i>Polistes dominula</i>	
<i>Vespula vulgaris & germanica</i>	

SULGEN SPRAY	%
GRAMÍNEAS CULT. (Hordeum, Secale, Triticum)	
GRAMÍNEAS SELV. (Dactylis, Lolium, Phleum)	
<i>Alternaria alternata</i>	
<i>Aspergillus fumigatus</i>	
<i>Candida sp.</i>	
<i>Olea europaea</i>	
<i>Parietaria judaica</i>	
<i>Platanus acerifolia</i>	
<i>Phleum pratense</i>	
<i>Acarus siro</i>	
<i>Blomia tropicalis</i>	
<i>Lepidoglyphus destructor</i>	
<i>D. farinae</i>	
<i>D. pteronyssinus</i>	
<i>D. pteronyssinus + D. farinae</i>	
Cão	
Cavalo	
Gato	

Mais alérgenos disponíveis em SULGEN.

OUTROS ALERGÉNIOS / OBSERVAÇÕES

TRATAMENTO	APRESENTAÇÕES DISPONÍVEIS	
POLIPLUS	Frasco 3	Frascos 3-3
CLUSTOID	Frasco 3	Frascos 3-3
SULGEN SPRAY	Frascos 3-3	Frascos 3-3-3
MODIGOID	5 frascos LIOF. + 5 frascos DISOL.	
	INICIAÇÃO	MANUTENÇÃO
ABENOX	Frascos A-B-B-B	Frascos B-B-B-B-B
HYMNOX		

DADOS PESSOAIS - O envio deste pedido de vacina pressupõe a cedência e aceitação do tratamento dos seus dados pessoais pela Roxall Aristegui Portugal SA que se compromete a guardar, proteger e utilizar os mesmos com a finalidade exclusiva de preparação e envio da vacina aqui solicitada. Os seus dados poderão ser comunicados a Roxall Medicina España SA para a prossecução da indicada finalidade. Pode conhecer, retificar ou solicitar o esquecimento dos seus dados em qualquer altura, bastando para o efeito o envio de carta registada para a morada indicada neste formulário. Pode ainda, contactar o nosso serviço de apoio ao cliente para obter toda a ajuda necessária a este respeito. Os seus dados são guardados no nosso sistema para utilização futura, considerando a longa duração e repetição destes tratamentos.

Roxall Aristegui Portugal SA compromete-se a adotar medidas capazes de assegurar a confidencialidade, integridade e disponibilidade destes dados e ainda a reportar á CNPD no prazo máximo de 72 horas qualquer *Data Breach* que possa ocorrer na empresa. Roxall Aristegui Portugal SA garante ainda que em circunstância alguma fará a cedência destes dados no todo ou em parte a terceiros.

Li e aceito a utilização dos meus dados conforme indicado _____

COMO OBTER A SUA VACINA – INFORMAÇÃO PARA O DOENTE

1. Verifique se todos os dados (nome, morada, contacto telefónico, etc.) constantes nesta folha estão corretos. Não esqueça o NIF (número de contribuinte fiscal) indispensável para a emissão da fatura.
2. Coloque esta folha, (original da prescrição), no envelope RSF fornecido pelo seu médico e envie por correio, não carece de selo.

Irá posteriormente receber por correio uma carta com toda a informação necessária para obter a sua vacina, preço e formas de pagamento.

Em alternativa, pode digitalizar este pedido e enviar para o nosso endereço de email vacinas@roxall.pt recebendo também por email a informação anteriormente referida, num processo mais célere. Temos ainda ao seu dispor o número de telefone 220 150 580 disponível nos dias úteis das 9h às 12h e das 14h às 17h para lhe prestar o apoio no esclarecimento de todas as dúvidas relacionadas com este processo. Disponibilizamos ainda o número de fax 220 150 581 caso pretenda utilizar esta via para nos fazer chegar o seu pedido de vacina.

3. Este tratamento que lhe foi prescrito é individualizado, ou seja, é efetuado em seu nome e de acordo com as indicações fornecidas pelo seu médico. Por este motivo, a sua produção está dependente do pagamento prévio. Pode optar por uma das seguintes formas de pagamento:

- Por cheque à ordem de **Roxall Aristegui Portugal SA**

Se optar por este meio de pagamento, deverá colocar o cheque no envelope RSF fornecido pelo seu médico juntamente com esta folha e enviar por correio.

- Por transferência bancária

Para o IBAN **PT50 0007 0000 0035 7448 1052 3**

Se optar por este meio de pagamento, deverá colocar no envelope RSF fornecido pelo seu médico esta folha juntamente com cópia do comprovativo da transferência e enviar por correio ou por email.

4. Pagamento em caixa MB através de Entidade e Referência

Pode solicitar-nos uma Entidade e Referência, que receberá por SMS ou email, e efetuar o pagamento em qualquer caixa MB **SEM** necessidade de enviar qualquer comprovativo.

5. Após confirmação do pagamento do seu pedido, a sua vacina será produzida e enviada para a morada indicada dentro de um prazo estimado de 8 a 20 dias, dependendo do tipo de vacina.
As entregas são efetuadas por uma empresa especializada, durante os dias úteis e em horário laboral. Caso seja previsível que não esteja ninguém na morada indicada para receber a sua vacina, por favor indique-nos uma morada de entrega alternativa.
6. Receberá a nossa Fatura/Recibo junto com a vacina. Se aplicável, a mesma será necessária para solicitar a participação junto do seu sistema de saúde (ADSE, SAMS, Seguro,...).