

Farmácia Marques



farmáciamarques

Entregas ao Domicílio

Nº Cartão Cliente: (este campo é de preenchimento facultativo)

Nome:

Morada:

Código Postal:

Localidade:

Telefone:

Email:

Modo de Pagamento:	Transferência Bancária ¹ <input type="checkbox"/>	Contra-Entrega ² <input type="checkbox"/>	Cheque ³ <input type="checkbox"/>
Local de Entrega:	Morada acima indicada <input type="checkbox"/>	Balcão <input type="checkbox"/>	Outra Morada <input type="checkbox"/>
Horário de entrega:	9:00-13:00 <input type="checkbox"/>	13:00-17:00 <input type="checkbox"/>	17:00-20:00 <input type="checkbox"/>
Se <input checked="" type="checkbox"/> em Contra-Entrega:	Multibanco: <input type="checkbox"/>	Numerário: <input type="checkbox"/>	
Se <input checked="" type="checkbox"/> em Outra Morada:	<input type="text"/>		

ENCOMENDA:

Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica, Cosmética, Suplementos, Entre Outros:

(Colocar a maior detalhe de descrição possível: nome ou designação, forma de apresentação, etc.)

PRODUTO	Quantidade

Observações (coloque indicações úteis relativas ao local de entrega, à encomenda e Modo de Pagamento):

¹ Banco BES | NIB : 0007 0000 0100 0500 3902 3 | IBAN: PT50 0007 0000 0100 0500 3902 3

² EXCLUSIVO para o Concelho de Braga.

³ Montante máximo €150,00