

FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉLIMINAIRE DU PROGRAMME

Botox® (Onabotulinumtoxin A)

Section 3 : À être complétée par le pharmacien

Nom du pharmacien :	Numéro du fournisseur :
Adresse du pharmacien : (Rue, ville, province, code postal)	Numéro de téléphone : () -
Signature du pharmacien : _____	No. de télécopieur : () -
Nom du pharmacien : (Nom, prénom) _____ (en lettres moulées)	

À l'usage exclusif du bureau interne :

Date de réception :			Date d'approbation et par :
---------------------	--	--	-----------------------------