Dr………………………………………………………. Fecha: ………./………/…………

**SOLICITANTE**

DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Especialidad:

……………………………………………………………………………………………………….

Hospital/Servicio/Consultorio:

………………………………………………………………………………………………………..

Tel:.........................................................................................................................................

Fax:…………………………………………………………………………………………………..

e-mail:………………………………………………………………………………………………..

Producto:……………………………… Patología:………………………….…………….

Cita Bibliografica:

……………………………………………………………………………………………………..

Titulo, Autor, Editorial:

………………………………………………………………………………………………………

Tema:

……………………………………………………………………………………………………..

Idiomas: Inglés 🞏 Francés 🞏 Alemán 🞏 otros 🞏 Firma y Aclaracion:

**USO INTERNO**

Fecha de Recepción:………../……………/…………….. Forma de recepcion:…………………………

Resultado de la busqueda:

……………………………………………………………………………………………………………….

Fecha de envío de respuesta: …………../…………./…………

Nro de Solicitud:………………………………………

Medical Information and Communication – Novartis Argentina

**infomed.arg@novartis.com**