



รายละเอียดผู้ป่วย		
ชื่อ-นามสกุล (ตามบัตรประชาชน)		Patient ID :
เลขบัตรประชาชน		HN :

เงื่อนไขในการขอรับยา:

- # กรุณาแสดงจดหมายฉบับนี้พร้อมบัตรประชาชนในการขอรับยาสับสนุน ณ สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับสิทธิ์ตามโครงการ
- # ผู้ที่มีสิทธิ์รับยา คือผู้ที่ปรากฏชื่อในจดหมายฉบับนี้ และมีใบสั่งยาจากแพทย์เท่านั้น
- # การขอรับยาสามารถทำได้เฉพาะที่โรงพยาบาลตามที่ระบุข้างต้นเท่านั้น
- # ยาที่ได้รับไม่ได้มีไว้เพื่อจำหน่าย จึงไม่สามารถโอนกรรมสิทธิ์ให้ผู้อื่น และไม่สามารถเปลี่ยนเป็นเงินสดได้
- # เมื่อรับยาแล้ว กรุณาส่งคืนแบบฟอร์มนี้ทันที

โครงการ บริษัท อินดิเพนเดนธ์ โพรเซสซิง เซอร์วิสেস จำกัด  
แผนก Patient Solutions อาคารแพลนารี 3 เลขที่ 2106 ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนงใต้ เขตพระโขนง กรุงเทพฯ ๑๐๒๖๐  
แฟกซ์: 0-2220-9011 อีเมล: [mppsp@ipservices.co.th](mailto:mppsp@ipservices.co.th)  
หากท่านมีข้อสงสัย โปรดติดต่อที่ปรึกษาโครงการ ที่โทร 02-161-4122 (วันและเวลาทำการ : จันทร์ – ศุกร์ เวลา 08:00 – 17:00 น.)

สำหรับผู้ป่วย

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_, ได้รับยา Erbix เรียบร้อยแล้วโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ

ลายมือชื่อ: \_\_\_\_\_ (ผู้ป่วย / ผู้รับยาแทน) วันที่: \_\_\_\_\_

วันที่นัดพบแพทย์ครั้งถัดไป \_\_\_\_\_

สำหรับโรงพยาบาล

ข้าพเจ้า ในฐานะผู้จ่ายยาแก่ผู้ป่วย ได้ตรวจสอบใบสั่งยาจากแพทย์ซึ่งระบุรายการยา Erbix สำหรับผู้ป่วยข้างต้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ผู้จ่ายยา และประทับโรงพยาบาล (ถ้ามี) \_\_\_\_\_ (แพทย์ / เภสัชกร หรือผู้รับมอบหมาย)

กรุณาดำเนินการที่ปรึกษาโครงการ เพื่อส่งคืนแบบฟอร์มนี้

เอกสารส่วนที่ 2 สำหรับโรงพยาบาล (ตัดเก็บส่วนนี้ได้)  
แบบฟอร์มยืนยันการรับยาสนับสนุนในโครงการ Erbitux

วันที่ \_\_\_\_\_ ผู้ป่วย HN : \_\_\_\_\_ ขอรับยาสนับสนุน Erbix ความแรง 100 mg จำนวน \_\_\_\_\_  
vials ตามใบสั่งยาของแพทย์เรียบร้อยแล้ว

ลายมือชื่อของผู้ป่วย/ผู้รับยาแทน .....

(.....)