

百特腹膜透析腎友海外送貨申請單-個人-

腎友姓名：_____ 英文姓名：_____

所屬醫院：_____ 所屬醫院英文名稱：_____

主治醫師：_____ 主治醫師英文姓名：_____

前往國家/城市：_____ 透析液配送日期：_____年____月____日

要求國外配送之品項/數量：每一個品項必須成箱

		1.5L	2.0L	2.5L	5.0L	其他容量
Dianeal						
PD2 一般鈣	1.5%					
	2.5%					
	4.25%					
PD4 低鈣	1.5%					
	2.5%					
	4.25%					
Extraneal						
Nutrineal						

其他品項/數量： mini cap 箱、 R5C4479 箱、 其他_____

(1)送貨地址：_____

(2)當地收貨人：_____ 收貨人電話號碼：_____

(3)訂房代號及訂房登記人名：_____

(4)當地旅行社(如果跟團)：_____ 團號(如果跟團)：_____

預計停留期間： 短期停留(短於一個月)自_____年____月____日~____月____日 * 長期居留自_____年____月____日起

備註：本人願意負擔下列情形：

1. 海外配送作業，會因各國作業不同與狀態而作調整，須配合該國要求之作業流程；配送資訊是以當刻查詢、海外回覆之訊息內容為主。
2. 因個人因素無法前往或出國後無法如期回國批價，須自行負擔已出貨之透析液和報廢之費用。
3. 緊急返國，僅使用部份透析液，所剩餘之透析液，須自行負擔並處理。

腎友簽名：_____ 日期：_____

*腹膜透析藥水屬於處方用藥，請與醫護人員討論後填寫，

完成後請傳真：(03)3280606 客服中心 / TEL：免付費專線 0800231611 轉分機(負責的客服)