

# Programa de Vitaminas Gratuitas

## Formulario de Inscripción del Paciente



Este programa ofrece suministros vitamínicos gratuitos de 30 días de nuestra etiqueta privada para niños, adultos, personas mayores de 50 años y vitaminas prenatales. Complete este formulario y llévalo a una de las ubicaciones participantes de *Good Neighbor Pharmacy* para recibir su tarjeta perforada y su primer mes de suplementos absolutamente gratis.

### Por favor marque las vitaminas gratuitas que le gustaría recibir:

- 30 comprimidos multivitamínicos prenatales Century de *Good Neighbor Pharmacy*
- 60 comprimidos multivitamínicos masticables para niños con extra vitamina C de *Good Neighbor Pharmacy*
- 30 comprimidos multivitamínicos Century para adultos de *Good Neighbor Pharmacy*
- 30 comprimidos multivitamínicos Century Mature de *Good Neighbor Pharmacy*

### Por favor complete la siguiente información para inscribirse en el programa de vitaminas gratuitas prenatales, para adultos o para personas mayores de 50 años:

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente 1: \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente 2: \_\_\_\_\_

Dirrección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### Por favor complete la siguiente información para inscribirse en el programa de vitaminas gratuitas para niños:

Nombre de Niño 1: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre de Niño 2: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre de Niño 3: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre de Niño 4: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre de Escuela(s): \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Encargado: \_\_\_\_\_ Firma del Padre o Encargado: \_\_\_\_\_

**Para más información, visite [MyGNP.com/Free-Vitamin-Program](http://MyGNP.com/Free-Vitamin-Program).**