

# PRESCRIPTION TRANSFER REQUEST FORM

# DEMANDE DE TRANSFERT D'ORDONNANCES

To have remaining refills on existing prescriptions transferred from your current pharmacy to *Sobeys Pharmacy by Mail*, please complete the following form and submit to Sobeys Pharmacy by Mail. One of our pharmacists will call your current pharmacy to transfer your file.

Pour obtenir les derniers renouvellements des médicaments sur ordonnance que vous transférez de votre pharmacie habituelle au service de *pharmacie par la poste de Sobeys*, veuillez remplir le présent formulaire et le soumettre au service de pharmacie par la poste de Sobeys. Un de nos pharmaciens appellera votre pharmacien habituel pour faire le transfert de dossier.

## SECTION 1 PHARMACY INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LA PHARMACIE

Pharmacy Name / Nom de la pharmacie	Pharmacy Telephone Number / N° de téléphone de la pharmacie (avec (with the area code) l'indicatif régional)
Street Address / Adresse	City, Province / Ville, province

## SECTION 2 PATIENT INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Last Name / Nom de famille	First Name / Prénom
Street Address / Adresse	City, Province / Ville, province

## SECTION 3 PRESCRIPTION INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LES ORDONNANCES

Please provide prescription number(s) and medication name(s) of prescription(s) you would like transferred.

Veuillez fournir le numéro des ordonnances et le nom des médicaments sur ordonnance que vous souhaitez transférer.

Prescription Name / Nom du médicament	Prescription Number / Numéro d'ordonnance
1.	-
2.	-
3.	-
4.	-
5.	-
6.	-
7.	-
8.	-
9.	-
10.	-

**Send completed form to:** P.O. Box 25132 Moncton NB E1C 9M9  
 Fax: 1-888-343-6060 • Email: info@SobeysPharmacybyMail.ca  
**If you need assistance call 1-866-657-MEDS (6337)**

**Envoyer à :** Case postale 25132, Moncton (NB) E1C 9M9  
 Téléc: 1 888 343-6060 • Courriel : info@SobeysPharmacybyMail.ca  
**Si vous avez besoin d'aide, composez le 1 866 657-MEDS (6337)**