

ALLEGATO

Modulo di richiesta fornitura di medicinale importato

Alla ABBOTTS.r.l.
S.R. 148 Pontina km 52 s.n.c.
04011 Campoverde di Aprilia (LT)
Tel. 800 863 221
Fax 06/9282140

Il sottoscritto medico Dott. _____, in servizio
presso _____

CHIEDE

alla ABBOTTS.r.l. la fornitura

del medicinale PROPYCIL (PROPLTJOURACILE) 50 MG 60 COMPRESSE

nella quantità di _____

per la cura del paziente' _____ affetto da _____.

Tale medicinale verrà utilizzato sotto la diretta responsabilità dello scrivente Medico curante, previo ottenimento, ai sensi del D.M. 1 settembre 1995, del consenso informato del paziente o, in caso di minori o incapaci, di chi esercita la tutela o curatela.

Data _____

Il Medico curante (firma per esteso e timbro)

per gli aspetti di propria competenza:

Il Responsabile della struttura sanitaria/Dirigente della Farmacia Ospedaliera
(firma per esteso e timbro).

Indirizzo della Farmacia Ospedaliera presso la quale deve essere effettuata la fornitura:

- Nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali indicare unicamente le iniziali del paziente.

