

**MODULO PER
L'APPROVVIGIONAMENTO DEI
FARMACI,
D' EMERGENZA FUORI ORARIO
D'APERTURA DELLA FARMACIA**

PROCEDURA-AREA ISONTINA

Codice identificazione file:

MOD_P_82_22_IS_02

Pagina 1 di 1

Ed. 01 del 01/08/2022

Il sottoscritto **Dott.** _____ medico del Reparto di _____

Centro di costo _____

Dichiara di aver ritirato presso la Farmacia Interna, per utilizzo URGENTE presso la Struttura di _____, i seguenti farmaci:

FARMACO	FORMA FARMACEUTICA	DOSAGGIO	CONFEZIONI PRELEVATE

In base a quanto sopra dichiarato pregasi di provvedere allo scarico contabile alla Struttura indicata dei farmaci riportati in tabella.

Data _____

Il portinaio/centralinista

Il medico di Reparto
