

A: Agenzia Industrie Difesa
Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare
Via R. Giuliani 201
50141 Firenze
Fax 055 451866
PEC: scfm@pec.farmaceuticomilitare.it

e p.c. Agenzia Italiana del Farmaco
Via del Tritone, 181
00187 Roma
Fax 06 59784313
PEC: qualita.prodotti@aifa.mailcert.it

Oggetto: Richiesta fabbisogno annuale di "D-Penicillamina 150 mg capsule rigide - penicillamina cloridrato" ai sensi dell'art. 5 del D.L.vo 24.04.2006 n. 219

Il sottoscritto dott. _____ ,
medico in servizio presso _____

CHIEDE

la fornitura annuale del medicinale "**D - Penicillamina 150 mg capsule rigide - penicillamina cloridrato**" nella quantità di _____ per le finalità e le indicazioni dettagliate nella tabella allegata.

A tale riguardo dichiara di utilizzare il medicinale:

- su pazienti propri o della struttura in cui opera, sotto la sua diretta e personale responsabilità per quanto riguarda le indicazioni ed il risultato clinico (la qualità farmaceutica è garantita ed attiene alla responsabilità del fabbricante che lo produce in accordo alle GMP);
- previo ottenimento del consenso informato del paziente o, in caso di minori o incapaci, di chi ne esercita la potestà, nel rispetto della normativa vigente, nel caso in cui le indicazioni terapeutiche siano diverse da quelle indicate per la D-penicillamina negli elenchi di cui alla L. 648/1996.

Data

Il medico utilizzatore (firma per esteso)

Numero di telefono del medico:
Indirizzo di posta elettronica:

Per gli aspetti di propria competenza
Il Dirigente della Farmacia Ospedaliera/ASL
(firma per esteso)

Numero di telefono del medico:
Indirizzo di posta elettronica:

Indirizzo della Farmacia Ospedaliera/ASL presso la quale deve essere effettuato l'invio:

Denominazione

Indirizzo

TIMBRO REPARTO/SERVIZIO

Cap Città Prov.

