

Alla Ditta Pfizer Italia S.r.l.
Via Valbondione, 113
(fax: 06/33182238)

Il sottoscritto medico dott. _____

in servizio presso _____

Chiede

alla **Pfizer Italia S.r.l.** la fornitura del medicinale

ATGAM – lymphocyte immune globulin antithymocyte globulin (equine) 250 mg protein 50 mg/ml sterile solution for i.v. use only 5x5 ml ampoules

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, il 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:

I

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:

PFIZER Italia S.r.l. fax: 06 33182238

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

Responsabile del Procedimento:

Referente procedura:

Tel. 0444-753484 Fax 0444-753941

e mail: segreteria.farmacia@ulssvicenza.it