

Prot. 17/ /SFO

Vicenza li,

**Unità Operativa / Servizio: Farmacia Ospedaliera**

Indirizzo sede: Viale Rodolfi, 37 – 36100 Vicenza

**Direttore:** Dott. Alessandro Dacomo

Spett.le Ditta

**ABBVIE S.r.l. Ufficio Ordini**

S.R. 148 Pontina Km 52 snc

04011 CAMPOVERDE DI APRILIA (LT)

e p.c. All'Agencia Italiana del Farmaco

Via del Tritone, 181

00187 – ROMA

Fax: 06/59784313

Il sottoscritto Dott. ....

Medico in Servizio presso .....

chiede

la fornitura annuale

del medicinale **Barbesaclone 25 mg compresse** rivestite nella quantità di .....del medicinale **Barbesaclone 100 mg compresse** rivestite nella quantità di .....

per gli scopi dettagliati nella tabella allegata, già notificata alla ASL.

Dichiara di utilizzare tali preparazioni su pazienti propri o della struttura in cui opera, sotto la sua diretta e personale per quanto riguarda le indicazioni ed il risultato clinico (la quantità farmaceutica è garantita ed attiene alla responsabilità della Ditta che la produce in accordo alle GMP).

Dichiara che tale medicinale verrà impiegato sotto la diretta responsabilità del medico curante dopo aver ottenuto, nel rispetto della normativa vigente, il consenso informato del paziente o, in caso di minori o incapaci, di chi esercita la patria potestà.

Data .....

Il Medico curante (firma per esteso) .....

Per gli aspetti di propria competenza

Il Dirigente della Farmacia Ospedaliera

(firma per esteso) .....

Indirizzo della Farmacia Ospedaliera presso

La quale deve essere effettuato l'invio .....

**Numero Verde Abbvie 800/853221****Servizio clienti Abbvie Fax: 06/929072802****Email servizioclienti.abbvie@abbvie.com****Parte riservata al Servizio di Farmacia:**

Cognome e nome del paziente .....

Indirizzo e n° telefono .....

Tessera Sanitaria e/o codice fiscale .....

**Responsabile del Procedimento: Dr.ssa Antonella Bagaccin**

Referente procedura:

Tel. 0444-753484 Fax 0444-753941

e mail: [segreteria.farmacia@ulssvicenza.it](mailto:segreteria.farmacia@ulssvicenza.it)