



Dipartimento di Direzione Medica di Ospedale  
**Unità Operativa Complessa Farmacia Ospedaliera Distretto Est**  
Viale Rodolfi 37 – 36100 Vicenza  
**Direttore : Dott.ssa Anna Radin**

Alla ditta BIOTEST ITALIA S.r.l.  
Via Leonardo da Vinci, n. 43  
20090 Trezzano sul Naviglio (Mi)  
**Fax 02.48402068**

Il sottoscritto medico Dott. ....

in servizio presso .....

CHIEDE

alla ditta BIOTEST ITALIA S.r.l. la fornitura

del medicinale " VARITECT CP " dosaggio .....

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.