

Agenzia Industrie Difesa Stabilimento Chimico**Farmaceutico Militare**

Via R. Giuliani 201 50141 Firenze Fax 055-451866

PEC: scfm@pec.farmaceuticomilitare.it

Oggetto: Richiesta medicinale ai sensi dell'art. 5 del
D.Lvo 24.04.2006 n. 219.

Il sottoscritto dott. _____
medico in servizio presso _____

CHIEDE

la fornitura del medicinale :

Nr _____ **TIOPRONINA 250 MG COMPRESSE RIVESTITE (in flaconi da 50 cpr)**

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 autorizzate per il principio attivo.

Data _____	Il medico utilizzatore (firma per esteso) _____
Numero di telefono del medico*: Indirizzo di posta elettronica*: (*campo obbligatorio)	

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

Denominazione: Farmacia Ospedaliera Indirizzo: Viale Rodolfi, 37 Cap 36100 Città Vicenza Prov. VI Indirizzo e-mail: segreteria.farmacia@ulss8.veneto..it	Timbro Reparto/Servizio _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------