



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

**Modulo di richiesta fornitura di medicinale importato**

Spett.le Ditta VIATRIS ITALIA S.r.l.  
 Via Vittorio Pisani 20  
**20124 – MILANO**  
 (Tel 800959500)  
 Fax: 02-61294448  
 Email ordini@viatris.com

Il sottoscritto medico Dott. ....  
 in servizio presso .....

CHIEDE

alla Mylan Italia S.r.l, la fornitura  
 del medicinale PROPYCIL (PROPILTIOURACILE) 50MG/60 CPR  
 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