

Dipartimento di Direzione Medica di Ospedale
Unità Operativa Complessa Farmacia Ospedaliera Distretto Est
Viale Rodolfini 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