

**AbbVie S.r.l. - Ufficio Ordini**  
**S.R. 148 Pontina km 52 snc**  
**04011 Campoverde di Aprilia (LT)**

e p.c. Agenzia Italiana del Farmaco  
Ufficio Qualità dei Prodotti  
PEC: qualita.prodotti@aifamailcert.it

**Oggetto:** Richiesta Barbesaclone 25 mg compresse rivestite/ 100 mg compresse rivestite  
ai sensi dell'art. 5 del D.L.vo 24.04.2006 n. 219

**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 responsabilità per quanto riguarda le indicazioni ed il risultato clinico (la qualità 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 utilizzatore (firma per esteso).....**

**Per gli aspetti di propria competenza**

**Il Dirigente della Farmacia Ospedaliera/ASL dott.....**

**(firma per esteso).....**

**Indirizzo della Farmacia Ospedaliera/ASL presso**

**la quale deve essere effettuato l'invio.....**

**TIMBRO**  
**REPARTO/SERVIZIO**

**Numero Verde AbbVie**

**800863221**

**Servizio Clienti AbbVie**

**Fax 06.929072802**

**Email [servizioclienti.abbvie@abbvie.com](mailto:servizioclienti.abbvie@abbvie.com)**

**Formattato: Italiano (Italia)**



