

MODULO RICHIESTA IRREPERIBILITÀ



**RICHIESTA FARMACO EX ART. 105, 4[^], D. LGS. 219/06 SPEDIZIONE URGENTE CON
PAGAMENTO IN CONTRASSEGNO**

Si precisa che il presente Modulo di richiesta è da utilizzare **SOLO** in caso di irreperibilità del farmaco nella rete di distribuzione regionale. Il Servizio di richiesta per irreperibilità è un servizio di emergenza, che non deve in alcun modo sostituire la fornitura dal Vostro abituale grossista che rimane il Vostro principale interlocutore. **Si prega di NON inviare copia della prescrizione e di completare il modulo in ogni sua parte.**

NON VERRANNO PROCESSATI MODULI INCOMPLETI

Regione Sociale Farmacia

Nome _____
Indirizzo Completo _____
Recapito Telefonico _____
Nominativo Dottore Responsabile _____
Partita Iva _____

Spett.le Sanofi S. p. A.,

Numero di Fax 02 3932 7280

Avendo trovato mancanza di prodotti presso tutti i grossisti della rete distributiva regionale in data _____, si richiede, ai sensi dell'art. 105 comma 4 D. Lgs. 219/2006, l'invio delle confezioni indicate esclusivamente per evadere le ricette presentate dai pazienti afferenti alla Farmacia dopo aver segnalato alla Regione, o ad altra autorità competente individuata, il farmaco irreperibile.

Nome Grossisti della Rete Distributiva	Prodotto Richiesto	N. Confezioni Richieste	N. Ricetta Inerente al Prodotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

PAGAMENTO IN CONTRASSEGNO

Il sottoscritto dichiara, **sotto la propria responsabilità**, ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. 445 del 28.12.2000 che le dichiarazioni rilasciate nel presente modulo corrispondono a verità.

In Fede _____;
(Sigla LEGGIBILE del Farmacista Titolare)

Spazio Riservato al Timbro LEGGIBILE della Farmacia