

ALLEGATO 1

Modulo di richiesta fornitura di medicinale importato

Spett.le VIATRIS Italia S.r.l.
Viale dell'innovazione,3
- 20126 Milano

p.c. Agenzia Italiana del Farmaco
Ufficio Qualità dei Prodotti e Contrasto al Crimine Farmaceutico
Via del Tritone, 81
PEC: qualita.prodotti@pec.aifa.gov.it
00187

Roma

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

CHIEDE A TITOLO GRATUITO

alla VIATRIS Italia S.r.l.

la fornitura del medicinale "**FLUDROCORTISONE ACETATE (fludrocortisonacetate)
0,1mg/tablets**"

Nella quantità di.....confezioni (per un massimo di 6 confezioni)
per la cura del paziente* per la terapia sostitutiva con mineralcorticoidi
affetto da **morbo di Addison**

Sindrome Adrenogenitale con perdita di sali congenita

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:
Partita IVA della struttura sanitaria presso la quale deve essere effettuata la fornitura

Per VIATRIS Italia S.r.l. Viale dell'innovazione,320126 Milano ai seguenti recapiti:

Tel: +800959500; Fax: +39 0261246978; Email: hospital.support@viatris.com

*Nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali indicare unicamente le
iniziali del paziente.