

ALLEGATO 1

Modulo di richiesta fornitura di medicinale importato

Spett.le ditta **Mylan Italia S.r.l.**

Via dell'Innovazione, 3

20126 Milano

Tel: 800 959500

Fax 02 61246978

E-mail: hospital.support@mylan.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.