

CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA SANITARIA CHE RICHIEDE IL FARMACO

DATA

Ditta S.A.L.F. S.p.A.
Laboratorio farmacologico
Via Marconi, 2
24069 Cenate Sotto (BG)

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il sottoscritto Dott.....

Responsabile del reparto.....

Dell'Ospedale/Clinica.....

In conformità alle prescrizioni indicate dall'art.5 del D.lvo 219/2006, dalla Legge 94/98 e dall'art. 5 DL 23/98
chiede la fornitura della seguente preparazione:

Composizione.....

.....
.....

Forma farmaceutica (tipo e volume)

Quantità ordinata n°(rif. Ns. ordinedel.....)

Dichiara di prescrivere tale farmaco per il seguente scopo.....

Dichiara che il ricorso a tale preparazione è giustificato dal seguente eccezionale motivo

.....

Dichiara di utilizzare tale preparazione nella Struttura ospedaliera alla quale è preposto, sotto la sua diretta
e personale responsabilità

IL MEDICO UTILIZZATORE

Nome e cognome in stampatello

Firma

.....