

SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI TEMPORANEA INDISPONIBILITÀ DI MEDICINALI
(Art. 105, comma 3-bis D. Lgs. 219/2006)

Farmacia segnalante

Denominazione _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Farmacista segnalante _____

Medicinale indisponibile

AIC _____

Denominazione _____

Titolare dell'AIC _____

Grossista 1

Data ordine _____

Ragione sociale _____

Telefono _____ Indirizzo del magazzino _____

Grossista 2

Data ordine _____

Ragione sociale _____

Telefono _____ Indirizzo del magazzino _____

Grossista 3

Data ordine _____

Ragione sociale _____

Telefono _____ Indirizzo del magazzino _____

Grossista 4

Data ordine _____

Ragione sociale _____

Telefono _____ Indirizzo del magazzino _____

Data _____

Firma
