

Modulo di richiesta fornitura di medicinale importato

Spett.le ditta **Aspen Pharma Trading Limited**
 c/o Di Renzo Regulatory Affairs
 Viale Manzoni 59
 00185 Roma

p.c. **Agenzia Italiana del Farmaco**
Ufficio Qualità dei Prodotti e Contraffazione
 Via del Tritone, 181
 00187 Roma
 Fax 06 59784313

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

CHIEDE A TITOLO GRATUITO

ad **Aspen Pharma Trading Limited**

la fornitura del medicinale "FLUDROCORTISONE ACETATE (fludrocortisone acetate) 0,1MG/100 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 Aspen Pharma Trading Limited contattare lo studio **Di Renzo Regulatory Affairs** ai seguenti recapiti:

Tel: +39 0677209020; Fax: +39 0670474067; Email: ordini.florinef@direnzo.biz

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