

**A: Agenzia Industrie Difesa**  
**Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare**  
Via R. Giuliani 201  
50141 Firenze  
Fax 055 451866  
PEC: scfm@pec.farmaceuticomilitare.it

**e p.c. Agenzia Italiana del Farmaco**  
Via del Tritone, 181  
00187 Roma  
Fax 06 59784313  
PEC: qualita.prodotti@aifa.mailcert.it

**Oggetto:** Richiesta fabbisogno annuale ..... di "D-Penicillamina 150 mg capsule rigide - penicillamina cloridrato" ai sensi dell'art. 5 del D.L.vo 24.04.2006 n. 219

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ ,  
medico in servizio presso \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

la fornitura annuale del medicinale "**D - Penicillamina 150 mg capsule rigide - penicillamina cloridrato**" nella quantità di \_\_\_\_\_ per le finalità e le indicazioni dettagliate nella tabella allegata.

A tale riguardo dichiara di utilizzare il medicinale:

- su pazienti propri o della struttura in cui opera, sotto la sua diretta e personale responsabilità per quanto riguarda le indicazioni ed il risultato clinico (la qualità farmaceutica è garantita ed attiene alla responsabilità del fabbricante che lo produce in accordo alle GMP);
- previo ottenimento del consenso informato del paziente o, in caso di minori o incapaci, di chi ne esercita la potestà, nel rispetto della normativa vigente, nel caso in cui le indicazioni terapeutiche siano diverse da quelle indicate per la D-penicillamina negli elenchi di cui alla L. 648/1996.

**Data**

**Il medico utilizzatore (firma per esteso)**

Numero di telefono del medico:  
Indirizzo di posta elettronica:

Per gli aspetti di propria competenza  
**Il Dirigente della Farmacia Ospedaliera/ASL**  
**(firma per esteso)**

Numero di telefono del medico:  
Indirizzo di posta elettronica:

**Indirizzo della Farmacia Ospedaliera/ASL presso la quale deve essere effettuato l'invio:**

**Denominazione**

**Indirizzo**

**TIMBRO REPARTO/SERVIZIO**

**Cap      Città      Prov.**

