

Allegato

**Alla Abbott S.r.l.
Via Pontina Km 52
04010 Campoverde di Aprilia (LT)
Fax 06 9282140**

**e p.c. Agenzia Italiana del Farmaco
Via Tritone, 181
00187 Roma
Fax 06/ 5978 4313**

Il sottoscritto medico dott.....

in servizio presso.....

chiede

alla Società Abbott S.r.l.

la fornitura del medicinale "Propycil 50mg 60cp"

nella quantità di.....

al prezzo di

per la cura del paziente affetto da

Tale farmaco verrà impiegato sotto la diretta responsabilità dello scrivente medico curante dopo aver ottenuto, ai sensi del D.M. 1.9.1995, il consenso informato del paziente o, in caso di minori o incapaci, di chi esercita la patria potestà .

Data.....

Il medico curante (firma per esteso).....

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

Indirizzo della Farmacia Ospedaliera presso
la quale deve essere effettuato l'invio.....

Abbott S.r.l.

**Tel. 06 92892.2277-2424
Fax 06 9282140**