

**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**