

SCHEDA RICHIESTA ACQUISTO FARMACI NON PRESENTI IN ANAGRAFICA AZIENDALE

DA COMPILARE A CURA DEL SERVIZIO DI FARMACIA

STRUTTURA RICHIEDENTE: _____

DESCRIZIONE PRODOTTO : _____
(Nome commerciale, forma farmaceutica ,dosaggio)

PRODOTTO ESCLUSIVO* si no (se non esclusivo* indicare le ditte produttrici di cui si è a conoscenza)

Ditta Produttrice : _____

Ditta Produttrice : _____

Ditta Produttrice : _____

ESISTE GIA'PRODOTTO ANALOGO IN ANAGRAFICA si no

se SI indicare quale: _____

MOTIVAZIONE ALL'ACQUISTO DEL NUOVO
PRODOTTO: _____

Data: _____

timbro e firma del Direttore/Responsabile Struttura _____

DA COMPILARE A CURA DEL DIPARTIMENTO DEL FARMACO

CODICE ANAGRAFICO DEL PRODOTTO: _____

CLASSE MERCEOLOGICA PRODOTTO: _____