Allegato

Alla ditta Aventis Pharma
Via G. Rossini, 1/A
20020 Lainate (MI)
p.c. al Ministero della Salute
D.G.F.D.M.
Via Civiltà Romana, 7
00144 Roma

Il sottoscritto medico dr……

in servizio presso……..

chiede a titolo gratuito

alla ditta AVENTIS PHARMA

la fornitura del medicinale Idrocortisone orale compresse 10 mg.

nella quantità di…….

per la cura del paziente (iniziali del nome e cognome)……

indirizzo ……..……

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, 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…….

Aventis Pharma tel. 800592592
Fax 02-93795047