

# MODULO RICHIESTA IRREPERIBILITÀ

**RICHIESTA FARMACO EX ART. 105, 4<sup>^</sup>, D. LGS. 219/06 SPEDIZIONE URGENTE CON  
PAGAMENTO IN CONTRASSEGNO**



Si precisa che il presente Modulo di richiesta è da utilizzare **SOLO** in caso di irreperibilità del farmaco nella rete di distribuzione regionale. Il Servizio di richiesta per irreperibilità è un servizio di emergenza, che non deve in alcun modo sostituire la fornitura dal Vostro abituale grossista che rimane il Vostro principale interlocutore. **Si prega di NON inviare copia della prescrizione e di completare il modulo in ogni sua parte.**

## NON VERRANNO PROCESSATI MODULI INCOMPLETI

### Regione Sociale Farmacia

Nome \_\_\_\_\_  
Indirizzo Completo \_\_\_\_\_  
Recapito Telefonico \_\_\_\_\_  
Nominativo Dottore Responsabile \_\_\_\_\_  
Partita Iva \_\_\_\_\_

**Numero di Fax 02 3932 7280  
oppure**

Spett.le Sanofi S. p. A.,

**Mail [customerservice.farmacie@sanofi.com](mailto:customerservice.farmacie@sanofi.com)**

Avendo trovato mancanza di prodotti presso tutti i grossisti della rete distributiva regionale in data \_\_\_\_\_, si richiede, ai sensi dell'art. 105 comma 4 D. Lgs. 219/2006, l'invio delle confezioni indicate esclusivamente per evadere le ricette presentate dai pazienti afferenti alla Farmacia dopo aver segnalato alla Regione, o ad altra autorità competente individuata, il farmaco irreperibile.

<b>Nome Grossisti della Rete Distributiva</b>	<b>Prodotto Richiesto</b>	<b>N. Confezioni Richieste</b>	<b>N. Ricetta Inerente al Prodotto</b>
_____	Plaquenil 200 mg	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	ALTRO PRODOTTO _____	_____	_____
_____	ALTRO PRODOTTO _____	_____	_____

### **PAGAMENTO IN CONTRASSEGNO**

Il sottoscritto dichiara, **sotto la propria responsabilità**, ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. 445 del 28.12.2000 che le dichiarazioni rilasciate nel presente modulo corrispondono a verità.

In Fede \_\_\_\_\_;

(Sigla LEGGIBILE del Farmacista Titolare)

Spazio Riservato al Timbro LEGGIBILE della Farmacia