

MODULO RICHIESTA PLAQUENIL nel periodo di emergenza da Covid-19



RICHIESTA FARMACO SPEDIZIONE URGENTE CON PAGAMENTO IN CONTRASSEGNO

Si precisa che il presente Modulo di richiesta è da utilizzare **SOLO** per la richiesta in urgenza del farmaco **Plaquenil** nel periodo di emergenza dettato dalla diffusione del Covid-19 poiché il farmaco in questione risulta irreperibile. 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 _____

Spett.le Sanofi S. p. A.,

E-mail: customerservice.farmacie@sanofi.com

N.ro di Fax 02 3932 7280

Non avendo reperito il farmaco Plaquenil presso tutti i grossisti della rete distributiva regionale in data _____, si richiede l'invio delle confezioni indicate esclusivamente per evadere le ricette presentate dai pazienti afferenti alla Farmacia

Grossisti **della Rete Distributiva interpellati** : _____

Prodotto Richiesto	N. Confezioni Richieste	N. Ricetta/e Inerente/i al Prodotto
PLAQUENIL 200 mg. 30 cpr. (AIC 013967056)	_____	_____

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