

**STABILIMENTO CHIMICO FARMACEUTICO MILITARE
UFFICIO PROGRAMMAZIONE**

Informazioni per l'acquisto di D-penicillamina 150 mg capsule rigide

La fornitura del farmaco è subordinata all'invio **contemporaneo** al seguente indirizzo e-mail: **produzione.oralifarmaceuticomilitare.it** oppure, in alternativa, al n. **FAX 055 451866**, dei documenti riportati di seguito:

1) **Richiesta del medico ai sensi dell'art. 5 del D.L.vo n. 219 del 24/04/2006 redatta sul modulo allegato alla comunicazione AIFA, prot. AIFA/PQ/ 77887/P.**

Ulteriori informazioni sul sito www.agenziafarmaco.it.

2) **Ordine di acquisto dell'Ente richiedente il farmaco. Tale ordine deve obbligatoriamente riportare i seguenti dati:**

- **l'indirizzo di posta elettronica della struttura richiedente;**
- **le informazioni amministrative necessarie alla fatturazione elettronica (Cod. CIG, Cod. Univoco), come previsto dalla normativa vigente.**

IL FARMACO HA SCADENZA 02/2022

- *Il n. delle capsule di D-penicillamina richieste nell'ordine di acquisto deve essere esattamente corrispondente alla richiesta del medico.*
- *Le capsule di D-penicillamina 150 mg sono confezionate in flaconi da 50 cps, pertanto richiesta del medico e ordine di acquisto dovranno essere per multipli di 50 cps.*
- *La documentazione deve essere compilata in modo chiaro e leggibile. Le richieste incomplete o non leggibili non saranno evase.*

Costo del flacone da 50 cps : € 35,00 + IVA 10% = € 38,50 compresa IVA e spese di spedizione.

Tempo stimato per l'allestimento della fornitura in oggetto: orientativamente **30 gg** a decorrere dalla data di ricezione dell'ordine completo della documentazione prevista.

Consegne Urgenti con garanzia di domiciliazione: hanno un costo di € 0,80/km, con minimo imponibile di € 100,00. Le destinazioni devono essere comunicate con un preavviso di 72 h e il richiedente deve accettare espressamente la maggiorazione. La suddetta modalità consente la spedizione del farmaco anche durante i periodi di chiusura del trasportatore (feste comandate e settimana centrale d'Agosto).

Riferimenti amministrativi per l'ordine d'acquisto:

AGENZIA INDUSTRIE DIFESA - STABILIMENTO CHIMICO FARMACEUTICO MILITARE

Via Reginaldo Giuliani 201 - 50141 Firenze

Partita IVA: 07281771001 C.F. 97254170588

Il pagamento dovrà avvenire tramite bonifico sul conto corrente aperto presso la BANCA D'ITALIA-Tesoreria Centrale intestato a Agenzia Industrie Difesa-Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare

IBAN IT20I0100003245350200025011 entro 30 gg. dalla emissione della fattura.

modello_fabbisogno_annuale_D_penicillamina

A: Agenzia Industrie Difesa

Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare

Via R. Giuliani 201 - 50141 Firenze

Fax 055 451866 PEC: scfm.aid@postacert.difesa.it

e p.c. Agenzia Italiana del Farmaco

Via del Tritone, 181 - 00187 Roma

Fax 06 59784313 PEC: qualita.prodotti@aifa.mailcert.it

Oggetto: Richiesta fabbisogno annuale _____ di "D-Penicillamina 150 mg capsule rigide penicillamina cloridrato" ai sensi dell'art. 5 del D.L.vo 24.04.2006 n. 219

Il sottoscritto dott. _____

medico in servizio presso _____

CHIEDE

la fornitura annuale del medicinale "**D - Penicillamina 150 mg capsule rigide - penicillamina cloridrato**" **nella quantità di _____** per le finalità e le indicazioni dettagliate nella tabella allegata.

A tale riguardo dichiara di utilizzare il medicinale:

- su pazienti propri o della struttura in cui opera, sotto la sua diretta e personale responsabilità per quanto riguarda le indicazioni ed il risultato clinico (la qualità farmaceutica è garantita ed attiene alla responsabilità del fabbricante che lo produce in accordo alle GMP);
- previo ottenimento del consenso informato del paziente o, in caso di minori o incapaci, di chi ne esercita la potestà, nel rispetto della normativa vigente, nel caso in cui le indicazioni terapeutiche siano diverse da quelle indicate per la D-penicillamina negli elenchi di cui alla L. 648/1996.

Data

Il medico utilizzatore (firma per esteso)

Numero di telefono del medico:

Indirizzo di posta elettronica:

Per gli aspetti di propria competenza

Il Dirigente della Farmacia Ospedaliera/ASL

(firma per esteso)

Numero di telefono :

Indirizzo di posta elettronica:

Indirizzo della Farmacia Ospedaliera/ASL presso la quale deve essere effettuato l'invio:

Denominazione

TIMBRO REPARTO/SERVIZIO

Indirizzo

Cap

Città

Prov.

