

**Modulo per la richiesta di Mexiletina cloridrato allo
Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare con pagamento a
carico del paziente**

Il presente modulo deve essere compilato dal medico prescrittore

Al Direttore dello Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare

Via R. Giuliani 201

50141 Firenze

Fax 055 4250568

Tel 055-45561

(Riferimento: T. Col. Flavio Paoli e-mail: affari.regolatori@farmaceuticomilitare.it)

Oggetto: Richiesta medicinali ai sensi dell'art. 5 D.Lgs 219/2006

In riferimento alla impossibilità di reperire il medicinale **Mexiletina**

cloridrato, il sottoscritto Dott.

.....
in qualità di

della struttura(indicare nome della struttura, ASL e località)

.....

.....

.....

.....

che ha certificato quanto previsto dall'art.5 del D.L.23/98, così come
convertito da L. 8 aprile 1998, n. 94.

Chiede

per il paziente

Nome:

Cognome:

Indirizzo:

CAP e Città:

ai sensi di quanto previsto dal comma 1 dell'art. 5 del D. Lgs. 219/2006 la
fornitura del seguente medicinale: **MEXILETINA CLORIDRATO capsule**

da 200 mg nei quantitativi qui specificati (numero di confezioni da 50
capsule da 200 mg) al Direttore dello Stabilimento Chimico
Farmaceutico Militare, Via R. Giuliani 201, 50141 Firenze.

Il suddetto farmaco sarà utilizzato esclusivamente sotto la propria personale e

diretta responsabilità per:
Diagnosi:.....
N° di telefono del medico:.....
N° di fax del medico:.....
Luogo e data.....
Timbro e firma del medico

.....

Il modulo compilato vale come richiesta di preventivo

Il preventivo verrà inviato a:

Nome:
Cognome:
Indirizzo:
CAP e Città:
Telefono:
Cellulare:

Si chiede di inviare il preventivo (indicare solo un'opzione):

via fax indicare numero.....

via email (scrivere in stampatello) indicare indirizzo
email.....

per posta (scrivere in stampatello) indicare nominativo, indirizzo, città,
CAP.....

.....
.....

.