



agenzia industrie difesa

**STABILIMENTO CHIMICO FARMACEUTICO MILITARE  
UFFICIO PROGRAMMAZIONE**

**Informazioni per l'acquisto di Tiopronina 250 mg – Thiopronine 250 mg**

La fornitura del farmaco è subordinata all'invio **contemporaneo** al seguente indirizzo e-mail: [produzione.oral@farmaceuticomilitare.it](mailto:produzione.oral@farmaceuticomilitare.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 riportato di seguito.**
- 2) **Ordine di acquisto del farmaco da parte dell'Ente richiedente. Tale ordine deve obbligatoriamente contenere l'indirizzo di posta elettronica della struttura richiedente, a cui sarà inviata la fattura ed eventuali comunicazioni.**
- 3) **NOTA BENE : ordini d'acquisto senza indirizzo e-mail dell' Ente/Ufficio ordinante non verranno evasi.**

**ATTENZIONE:**

- *La quantità del farmaco richiesto con l'Ordine d'Acquisto deve corrispondere esattamente alla richiesta del medico.*
- *La documentazione inviata deve essere chiara e leggibile. Le richieste incomplete o illeggibili non saranno evase.*
- *Deve contenere l'indirizzo e-mail della struttura richiedente.*
- *L'Ordine d'Acquisto deve riportare i dati necessari alla fatturazione elettronica (Cod. CIG e Cod. UNIVOCO), come previsto dalla vigente normativa.*
- *La scadenza ridotta non indica una differenza di qualità con altri prodotti in commercio, ma è dovuta alla necessità di condurre prove di stabilità sulla formulazione, tuttora in corso, ai sensi delle normative vigenti. Le forniture successive potranno pertanto avere validità più estesa.-*

Il medicinale attualmente disponibile ha **scadenza APRILE 2018**

**Costo della confezione da 50 cpr: € 62.50 + IVA 10% = € 68.75 compresa IVA e spese di spedizione.**

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

**Consegne Urgenti con garanzia di domiciliamento:** 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.

**A:**

**Agenzia Industrie Difesa**  
**Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare**  
Via R. Giuliani 201  
50141 Firenze  
Fax 055 451866  
PEC: [scfm@postacert.difesa.it](mailto:scfm@postacert.difesa.it)

**Oggetto:** Richiesta medicinale ai sensi dell'art. 5 del D.L.vo 24.04.2006 n. 219

Il sottoscritto

dott. \_\_\_\_\_

medico in servizio presso

\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la fornitura del medicinale :

**Nr.....TIOPRONINA 250 MG COMPRESSE RIVESTITE**

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 autorizzate per il principio attivo.

<b>Data</b>	<b>Il medico utilizzatore (firma per esteso)</b>  _____
Numero di telefono del medico: Indirizzo di posta elettronica:	

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

<b>Denominazione</b> <b>Indirizzo</b> <b>Cap</b> <b>Città</b> <b>Prov.</b> <b>Indirizzo e-mail:</b>	<b>TIMBRO</b> <b>REPARTO/SERVIZIO</b>
--	--