



agenzia industrie difesa

STABILIMENTO CHIMICO FARMACEUTICO MILITARE
UFFICIO PROGRAMMAZIONE

Informazioni per l'acquisto di **Niaprazina 600 mg bustina - polvere per soluzione orale 15 mg/5ml**

La fornitura del farmaco è subordinata all'invio **contemporaneo** al seguente indirizzo e-mail: produzione.oral@farmaceuticomilitare.it o al n. FAX 055451866, 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 vigente normativa.

ATTENZIONE:

- Il n. delle confezioni richieste nell'ordine di acquisto deve essere esattamente corrispondente alla richiesta del medico. La documentazione deve essere compilata in modo chiaro e leggibile. Le richieste incomplete o non leggibili non saranno evase.
- In ogni confezione è presente una bustina, un flacone in vetro e un misurino dosatore per la preparazione di 200 ml di soluzione contenente 15 mg/5ml di niaprazina.
- Il medicinale attualmente disponibile ha **Scadenza 10/2021** la scadenza può essere soggetta a ulteriore proroga.

Costo della confezione: € 15.55 + IVA 10% = € 1711 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 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.

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.aid@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 **“Niaprazina 600 mg bustina -polvere per soluzione orale 15 mg/5ml”**
nella quantità di n. _____ confezioni.

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.

Data	Il medico utilizzatore (firma per esteso) _____
Numero di telefono del medico: 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.	
Indirizzo e-mail:	

La fattura dovrà essere inviata a:

Nome:.....

Cognome:.....

Indirizzo:.....

CAP e Città:.....

Telefono:.....

Cellulare:.....

Codice Fiscale:.....

Indirizzo e-mail **(obbligatorio per invio fattura)**

..... @.....

Nota: Il medicinale verrà spedito al medico richiedente. In alternativa alla spedizione al medico richiedente può essere indicato l'indirizzo di una struttura sanitaria di appoggio (es. farmacia territoriale) per l'invio del medicinale:

Nome e Cognome :

Numero di telefono :

Firma del responsabile/referente della struttura :

