

## Sezione 1

Segnalazione ex art. 105, comma 3-bis, D.Lgs. 219/2006 e s.m.i.

### Farmacia segnalante

Denominazione farmacia .....

Indirizzo.....

Telefono – E-mail.....

PEC.....

Titolare/Direttore (nome cognome).....

### Farmaco non reperibile

AIC e Nome del farmaco .....

Azienda titolare AIC.....

Data ordine.....

### Primo Grossista (Distributore Intermedio) contattato

Denominazione Ditta.....

Indirizzo Sede deposito (Sito logistico).....

Telefono – E-Mail.....

PEC.....

### Secondo Grossista (Distributore Intermedio) contattato

Denominazione Ditta.....

Indirizzo Sede deposito (Sito logistico).....

Telefono – E-Mail.....

PEC.....

**Terzo Grossista (Distributore Intermedio) contattato**

Denominazione Ditta.....

Indirizzo Sede deposito (Sito logistico).....

Telefono – E-Mail.....

PEC.....

**Sezione 2**

**Richiesta al titolare dell'AIC ex art. 105, comma 4, D.Lgs. 219/2006 e s.m.i.**

**Farmaco non reperibile**

AIC e Nome del farmaco .....

Azienda titolare AIC.....

Data e ora della richiesta.....

Farmaco consegnato  
Data e ora della consegna.....

Farmaco non consegnato (esplicitare le motivazioni addotte dall'Azienda)  
.....

Data

Firma