



MARCA DA
BOLLO
Tariffa in vigore

Spett.le

ATS di BRESCIA
Servizio Farmaceutico
Viale Duca degli Abruzzi, 15
Brescia
protocollo@pec.ats-brescia.it

OGGETTO : Domanda di ampliamento area geografica per la distribuzione all'ingrosso (acquisto/vendita)
di medicinali per uso umano ai sensi dell'art. 100 D.L.vo n° 219/06 e ss.mm.ii.

Il/la sottoscritto _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ c.a.p. _____

Via _____ n. _____ C.F. _____

recapito tel. _____ in qualità di legale rappresentante della Ditta:

Ragione Sociale/Denominazione: _____

con sede in _____ Via _____ n. _____

C.F./P.IVA _____

Indirizzo mail e di posta elettronica certificata _____,

consapevole di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

CHIEDE

- di estendere l'area geografica alla distribuzione all'ingrosso, acquisto e vendita, dei medicinali per uso umano (artt.100 D.L.vo n°219/06 e ss.mm) ai seguenti territori

A tal fine dichiara:

- di essere già nell'esercizio dell'attività in qualità di _____
come da provvedimento n. _____ in data _____ rilasciato da _____,
nei seguenti territori _____
- di essere in grado di operare , nel rispetto dell'articolo 105 comma 3 del D.L.vo 219/06 , nel territorio geografico per il quale viene richiesta l'autorizzazione entro le 12 ore lavorative;
- di impegnarsi al rispetto delle linee direttrici in materia di distribuzione dei medicinali per uso umano approvate con Decreto del Ministero della Sanità 6 luglio 1999.

Si allegano :

- Marca da bollo da € 16.00 (o tariffa vigente) per il rilascio della copia conforme della Determinazione di autorizzazione.
- Fotocopia carta d'identità e codice fiscale.

.....
(luogo) (data)

IL TITOLARE
(firma)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo nr. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

.....
(firma)