

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE VENDITA MEDICINALI ON LINE  
(EX ART. 112-QUATER D.Lvo 219/2006- nota MS 3799 del 26/01/2016)**

Il sottoscritto Dr .....  
nato a..... il..... e residente a  
..... in via .....

In qualità di:

- Titolare/Direttore di Farmacia .....
- Legale rappresentante di esercizio commerciale di cui all'art. 5 c.1 DL 223/2006 convertito con modificazioni dalla legge 04/08/2006 n. 248

**CHIEDE**

**al Servizio Farmaceutico dell'ATS .....**

di essere autorizzato alla vendita on line di medicinali previsti dall'art. 112 quater D.Lvo 219/2006.

**A tale fine dichiara che:**

1. **La Farmacia/sito commerciale è in possesso di partita iva n.....**
2. **La Farmacia/sito commerciale si trova in via .....  
n..... Comune di.....**
3. **La farmacia/esercizio commerciale è in possesso del codice univoco  
n..... assegnato da Ministero della Salute.**
4. **L'indirizzo del sito web completo utilizzato per la vendita on line di medicinali  
è il seguente  
.....**
5. **Le informazioni identificative del sito sono le seguenti:**  
**Dati del registrante .....**  
**Contatto amministrativo del sito .....**
6. **La seguente data di inizio dell'attività di vendita a distanza al pubblico di  
medicinali mediante i servizi della società dell'informazione.....  
(gg/mm/aaaa)**

**Il sottoscritto Dr..... è consapevole che:**

- **la vendita on line di medicinali oggetto della presente istanza non potrà iniziare se non dopo aver ottenuto l'autorizzazione da parte della ATS, aver effettuato la registrazione nell'elenco delle farmacie/esercizi autorizzati alla vendita on line dei medicinali senza l'obbligo di prescrizione presso il Ministero della Salute e aver ottenuto apposito logo dal Ministero della Salute;**
- **di essere tenuto a comunicare, entro trenta giorni, qualsiasi modifica dei suddetti elementi a pena la decadenza dell'autorizzazione;**
- **la vendita online è espressamente esclusa per i medicinali con obbligo di prescrizione medica i quali devono essere dispensati, secondo la vigente normativa, solamente in farmacia dal farmacista.**

**Data.....**

**Firma.....**