|  |
| --- |
| **RICHIESTA PREVENTIVO FONDO AIFA 5% (Legge n.326/2003)** |

Il modulo dovrà essere compilato su carta intestata da parte della Farmacia della struttura in cui viene trattato il paziente e inviato alla casella postale 648.fondo5@aifa.gov.it

**OGGETTO: Preventivo** [medicinale]

|  |
| --- |
| **Medico richiedente**:*(Indicare il nome del medico strutturato responsabile della richiesta, recapito telefonico e mail)***Struttura di appartenenza del medico richiedente:***(Indicare la struttura di appartenenza, indirizzo e mail)***Indicare se si tratta di**I richiesta di accesso al fondo **□**Richiesta di rinnovo di accesso al fondo **□** |
| **Medico referente della struttura che prenderà in carico il paziente:***(Indicare il medico referente solo se diverso dal richiedente, recapito telefonico e mail)***Struttura di appartenenza del medico:***(Indicare la struttura di appartenenza, indirizzo e mail)* |
| **Responsabile Farmacia:***(Indicare un referente per la farmacia ospedaliera/ASL, recapito telefonico e mail)* |
| **Iniziali del paziente** *(inserire esclusivamente le iniziali)* **e data di nascita:**  |
| **Denominazione del medicinale e confezione/i impiegata/e:** |
| **Posologia del trattamento autorizzato:** |
| **Durata del trattamento autorizzato:** |
| **Costo per confezione:****con IVA: € ……….. senza IVA: € ………** |
| **n° di unità posologiche complessivo per il trattamento autorizzato:***(Indicare ad esempio il numero di flaconi, compresse, ecc necessario a ricoprire l’intera durata del trattamento autorizzato)* |
| **Costo complessivo del trattamento autorizzato:****con IVA: € ……….. senza IVA: € ………** |