



MODULO N.2

MODULO DI SEGNALAZIONE FARMACI PHT DIFETTOSI: RECLAMI SULLA QUALITA' DEL PRODOTTO

DATI DEL FARMACISTA SEGNALATORE:

COGNOME: _____

NOME: _____

RAGIONE SOCIALE FARMACIA: _____

TELEFONO/FAX _____

DATA DELLA SEGNALAZIONE: _____

DATI RELATIVI AL PRODOTTO OGGETTO DI RECLAMO:

NOME COMMERCIALE (INCLUDE FORMULAZIONI ED INDICAZIONI TERAPEUTICHE): _____

DATA DI SOMMINISTRAZIONE: _____

DESCRIZIONE DEL DIFETTO/MAI FUNZIONAMENTO RICONTRATO: _____

CODICE FISCALE DEL PAZIENTE: _____

ESTREMI DELLA RICETTA FARMACEUTICA DI DISPENSAZIONE: _____

LUOGO E DATA



FIRMA DEL FARMACISTA SEGNALATORE

E TIMBRO DELLA FARMACIA
