



**MODULO N.2**

**MODULO DI SEGNALAZIONE AUSILI DIABETICI DPC 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 (INCLUSE DESCRIZIONE PRODOTTO E CONFEZIONAMENTO): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA DI EROGAZIONE: \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE DEL DIFETTO/MAL FUNZIONAMENTO RISCONTRATO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE DEL PAZIENTE:** \_\_\_\_\_

**ESTREMI DELLA RICETTA FARMACEUTICA DI DISPENSAZIONE:** \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL FARMACISTA SEGNALATORE

E TIMBRO DELLA FARMACIA

\_\_\_\_\_