

Logo dell'azienda

Al Ministero della salute
Progetto "Tracciabilità del farmaco"
Direzione Generale del Sistema
Informativo e statistico sanitario

dgsi@postacert.sanita.it

p. c.

Alla Regione _____

Al Comune di _____

Alla USL di _____

Oggetto: TF-EC-RCU - Attribuzione del codice identificativo univoco e registrazione degli esercizi commerciali.

Il sottoscritto _____,

nato a _____, il _____, in qualità di legale rappresentante

della Ditta denominata _____,

con sede legale in Via _____, Cap _____

Città _____ Provincia _____

Partita IVA _____ telefono _____, fax _____,

e-mail aziendale _____,

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____,

DESIGNA

Il sig./sig.ra _____,

nato/a a _____, il _____, codice fiscale _____,

codice utente¹ _____, quale *responsabile della comunicazione informatica* attraverso il sito internet

del Ministero della salute per quanto attiene all'inserimento dei dati anagrafici e delle successive modifiche

¹ il codice da indicare è quello assegnato dal servizio di registrazione all'utente ed è del tipo mixxxxx dove xxxxx sono numeri. In mancanza di questo codice non è possibile avere il codice identificativo univoco dell'esercizio commerciale

Mod. TF-EC-RCU

ed integrazioni relative agli esercizi commerciali di cui la sopra citata azienda è titolare ed attraverso i quali viene svolta attività di distribuzione di farmaci ai sensi dell'art. 5 del Decreto-Legge 223/2006.

e COMUNICA

[Compilare questa sezione per ciascun esercizio commerciale per cui richiedere il codice univoco]

Esercizio commerciale :

Denominazione

Indirizzo

Comune

Provincia

CAP

data riferimento di inizio attività

Tipologia dell'esercizio commerciale:

esercizio di vicinato

media struttura di vendita

grande struttura di vendita

di possedere i requisiti per vendere i seguenti:

- medicinali ad uso umano non soggetti a prescrizione medica (SOP)
- medicinali da banco o di automedicazione (OTC)
- medicinali veterinari non soggetti a prescrizione medica (SOP)
- medicinali veterinari soggetti a prescrizione medica

di possedere i requisiti per allestire:

- preparazione galeniche officinali senza ricetta medica

Il sottoscritto è consapevole:

1. di essere penalmente sanzionabile in caso di false dichiarazioni (art.76 del DPR 445 del 28/12/2000).
2. di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato sulla base di false dichiarazioni (art.75 del D.P.R. n.445/2000)
3. di consentire che i dati personali conferiti in tale ambito saranno trattati anche mediante modalità informatiche e telematiche, al fine di consentire il compimento delle operazioni per le quali la presente dichiarazione viene resa (art.13 del decreto legislativo 196/2003)

Avvertenze importanti

L'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 del D.P.R. n.445/2000)

Data e Firma del legale rappresentante

Allegare fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante