**Spett.le UOC Servizio Farmaceutico**

**ATS Insubria**

**Farmacia………………….**

**Codice……....**

**OGGETTO: TRASMISSIONE AI SENSI DELL’ART. 5 D.L. N. 23 DEL 17/02/1998**

**(CONVERTITO CON MODIFICAZIONE NELLA LEGGE N. 94 DELL’ 08/04/1998)**

**DI RICETTE GALENICHE CON PRESCRIZIONE OFF LABEL**

Si consegna copia cartacea di n………. ricette spedite ai sensi della normativa in oggetto

nel mese di………………… anno…………

Data

Firma del Farmacista

(o delegato alla consegna)

……………………………………..