MARCA DA BOLLO TARIFFA VIGENTE Al Direttore

U.O.C. Servizio Farmaceutico

ATS INSUBRIA

**COMUNICAZIONE VARIAZIONI/RINUNCIA/CESSAZIONE/ SUBENTRO IN AUTORIZZAZIONE VENDITA MEDICINALI ON-LINE (EX ART. 112 - QUATER D.Lvo 219/2006 – nota MS 3799 del 26/01/2016)**

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa ................................................................................., nato/a a .......................................... il ................................, residente a ................................................... in Via............................................................. in qualità di:

□ Legale rappresentante/Titolare/Direttore di farmacia

□ Legale rappresentante di esercizio commerciale di cui all'art. 5 c.1 DL 223/2006 convertito con modificazioni dalla legge 04/08/2006 n. 248 Farmacia/Esercizio commerciale - con sede in .................................................. Via................................................... COD. UNIVOCO MINISTERIALE .................... già autorizzato/a alla vendita on-line di medicinali previsti dall'art. 112 quater D.Lvo 219/2006 con Determina n ................. del ..............................................................

COMUNICA

al Servizio Farmaceutico dell'ATS Insubria la seguente modifica: (barrare la sezione riguardante la modifica ed indicare i nuovi dati):

□ Denominazione/Partita I.v.a. della Farmacia / Parafarmacia:

□ Ragione sociale della Farmacia / Parafarmacia:

□ Indirizzo della Farmacia/Parafarmacia:

□ Indirizzo del sito web per la vendita on-line di medicinali

□ Informazioni identificative del sito: Dati registrante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contatto amministrativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Data di inizio dell'attività di vendita a distanza al pubblico di medicinali mediante i servizi della società dell'informazione: ........................... (gg/mm/aaaa)

□ Data di rinuncia/cessazione all'autorizzazione alla vendita on-line:................................ (gg/mm/aaaa)

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa ................................................................ è consapevole che: - la vendita online di medicinali oggetto della presente istanza non potrà iniziare se non dopo aver ottenuto l'autorizzazione da parte dell' ATS, aver effettuato la registrazione nell'elenco delle farmacie/esercizi autorizzati alla vendita online dei medicinali senza l'obbligo di prescrizione presso il Ministero della Salute e aver ottenuto apposito logo dal Ministero della Salute; - di essere tenuto a comunicare, entro trenta giorni, qualsiasi modifica nei suddetti elementi a pena la decadenza dell'autorizzazione; - la vendita online è espressamente esclusa per i medicinali con obbligo di prescrizione medica i quali devono essere dispensati, secondo la vigente normativa, solamente in farmacia dal farmacista.

Data ...................................... Firma ...............................................................

**ALLEGATO COPIA FOTOSTATICA DOCUMENTO DI IDENTITA’**