BOLLO TARIFFA VIGENTE

Al Direttore

U.O.C. Servizio Farmaceutico

ATS INSUBRIA

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE VENDITA MEDICINALI ON LINE**

**(ex ART. 112-quater D.lvo 219/06 e smi – nota MS 3799 del 26/01/2016)**

|  |
| --- |
| Il/La sottoscritto/a |
| Nato/a a il |
| Residente a in via |
| in qualità di   * Titolare/Direttore di Farmacia * Legale rappresentante di esercizio commerciale di cui all’art. 5 c.1 D.L. 223/06 convertito con modificazioni dalla legge 04.08.2006 n. 248 |

**CHIEDE**

Alla U.O.C. Servizio Farmaceutico della ATS dell’Insubria

Di essere autorizzato/a alla vendita on line di medicinali previsti dall’art. 112 quater D.Lvo 219/06 e smi.

A tal fine dichiara:

|  |
| --- |
| * La Farmacia/esercizio commerciale è in possesso di P.IVA n°: ………………………………………….. |
| * La Farmacia/esercizio commerciale si trova in via …………………………………………… n°……………. Comune di ……………………………………………………………………….. |
| * La Farmacia/esercizio commerciale è in possesso del codice univoco   N° …………………………………………….. assegnato dal Ministero della Salute. |
| * L’indirizzo del sito web completo utilizzato per la vendita on line di medicinali è il seguente ………………………………………………………………………………………………. |
| * Le informazioni identificative del sito sono le seguenti:   Dati del registrante ………………………………………………………………………………………………………………..  Contatto amministrativo del sito …………………………………………………………………………………………… |
| * La seguente data d’inizio dell’attività di vendita a distanza dal pubblico di medicinali mediante i servizi della società d’informazione ………………………………………… (gg/mm/aa) |

Il sottoscritto è consapevole che:

* La vendita on line di medicinali oggetto della presente istanza non potrà iniziare se non dopo aver ottenuto l’autorizzazione da parte della ATS, aver effettuato la registrazione nell’elenco delle farmacie/esercizi autorizzati alla vendita on line 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 dei suddetti elementi a pena la decadenza dell’autorizzazione.
* La vendita online e espressamente esclusa per i medicinali con obbligo di prescrizione medica i quali devono essere dispensati, secondo la vigente normativa, solamente in farmacia dal farmacista.

Si allega ulteriore marca da bollo (€ 16,00) per il rilascio dell’autorizzazione in copia conforme.

Data ……………………………………. Firma ……………………………………………………

**ALLEGATO: COPIA FOTOSTATICA DOCUMENTO DI IDENTITA’**