**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE VENDITA MEDICINALI ON LINE**

**(EX ART. 112-QUATER Dlvo 219/2006-nota MS 3799 del 26/01/2016)**

Il sottoscritto Dr……………………………………………………………………………………………….………..…

nato a…………………………………………………Prov.………il……………………………………………...…….

residente a……………………………………Prov….…..in via………………………………………………….……

In qualità di:

□ 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

**CHIEDE**

**Al Servizio Farmaceutico dell’ATS della Val Padana**

di essere autorizzato alla vendita on line di medicinali previsti dall’art. 112 quater D Lvo 219/2006,

**A tale fine dichiara che:**

1. **La Farmacia/sito commerciale è in possesso di partita iva n…………………...……………………**
2. **La Farmacia/sito commerciale si trova in via…………………………………………………….n……..**

**Comune di……………………………………………… Prov. ……………**

1. **La farmacia/esercizio commerciale è in possesso del codice univoco n…………………………assegnato da Ministero della Salute.**
2. **L’indirizzo del sito web completo utilizzato per la vendita on line di medicinali è il seguente…………………………………………………………………………………………………………**
3. **Le informazioni identificative del sito sono le seguenti:**

**Dati del registrante…………………………………………………………………………...………………..**

**Contatto amministrativo del sito………………………………………………….……………………..….**

1. **La seguente data di inizio dell’attività di vendita a distanza al pubblico di medicinali mediante i servizi della società dell’informazione ………………………………… (gg/mm/aaaa)**

**Il sottoscritto Dr………………………………………………………………. 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 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**

Riferimenti:

**tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**pec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Luogo e data………………………………..**

**Firma……………………………………….………..**