

Nuove modalità di invio delle richieste di inserimento e della relativa documentazione da parte delle ditte farmaceutiche

La documentazione e le richieste di inserimento da parte delle ditte farmaceutiche dovranno essere inviate alla Commissione per il Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale secondo le seguenti modalità:

1. le richieste di inserimento (della ditta e le richieste da parte dei medici) dovranno essere inviate o tramite posta ordinaria al seguente indirizzo Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria - Servizio Farmaceutico, Palazzo Molin , San Polo 2514 – 30125 Venezia oppure consegnate a mano presso l'Ufficio Posta in arrivo, Rio dei Tre Ponti, Dorsoduro 3494 – 30124 Venezia
2. la documentazione allegata e copia delle richieste dovranno invece essere inviate in formato elettronico alla segreteria scientifica della Commissione (segreteria.ptorv@uvef.it) e al Servizio Farmaceutico Regionale (daniela.rodighiero@regione.veneto.it)

Si coglie l'occasione per comunicare che le richieste di appuntamento devono essere indirizzate unicamente Segreteria del Servizio Farmaceutico all'indirizzo e-mail: servizio.farmaceutico@regione.veneto.it , utilizzando l'apposito modello che si riporta di seguito.

Sarà cura della stessa Segreteria inoltrarle al farmacista competente in materia.



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

SERVIZIO FARMACEUTICO

MODELLO PER RICHIESTA DI APPUNTAMENTO INFORMATORI FARMACEUTICI E DI DISPOSITIVI MEDICI

Ai sensi della Delibera Regionale n. 1307/2007

Data _____

Cognome e Nome _____

N. tesserino regionale ISF _____

Azienda _____

Tel – fax – cell - @ _____

Appuntamento con Dr./Dr.ssa _____

Oggetto dell'incontro (specificare dettagliatamente se trattasi di prontuario, gare, presentazione farmaco, dispositivi medici, altro) _____

N. incontri anno corrente ad oggi* _____

* Non più di 5/anno

Firma IS

Nome in stampatello IS

A cura del farmacista interessato:

Appuntamento fissato per il giorno _____ alle ore _____

Appuntamento non fissato per il seguente motivo: _____

Firma Farmacista

Nome in stampatello IS