All. n°2

SCHEDA-FORNITORE

SEZIONE I

Informazioni di carattere generale
RAGIONE SOCIALE:_____
SEDE AMMINISTRATIVA: _____
N°TEL.: _____ N°FAX : _____
RAGIONE SOCIALE DI CHI EMETTE LA FATTURA: _____
_____
Indicare tel.:_____ fax _____ ed indirizzo P.E._____
presso cui comunicare eventuali contestazioni, se diversi da quelli sopra riportati.

SEZIONE II

Informazioni di carattere scientifico
1. E' istituito il servizio scientifico di cui all'art. 14 del D.Lvo 541/92 SI NO
Direttore del servizio scientifico: Cognome: _____ Nome: _____
Titolo di studio: _____
2. Informatore medico-scientifico di zona (art. 9 del D.lvo 541/92)
Cognome:_____ Nome: _____
Titolo di studio: _____
Informazioni sui processi distributivi
1.Deposito territoriale di riferimento
Indicare: Nome del depositario: _____
Indirizzo: _____ n°fax _____ n °tel.: _____
2. Mezzi di cui si avvale in fase di distribuzione dei medicinali per garantire la corretta conservazione durante il trasporto (art. 6 D.Lvo 538/92)
_____

3. Descrivere il piano di emergenza adottato che assicuri l'effettiva applicazione di qualsiasi azione di ritiro dal mercato disposta dal Min. San. ai sensi dell'art. 6 del D.Lvo 538/92
_____

4. Modalità adottate per la ricezione degli ordini
Telefonica_____ linea verde SI NO
Fax _____ linea verde SI NO
5. Tempi ordinari impegnativi di evasione degli ordini dalla ricezione: Termini di cui alla Circolare Assessorato Sanità – Regione Sicilia – prot. ° 376 del 17.4.01, riportata sulla G.U.R.S. n°88 del 27.7.2001.
6. Servizio consegne urgenti:
esiste un canale preferenziale per la ricezione degli ordini SI NO
se si, indicare n°tel./fax _____ _____
7. Consegna dei materiali ordinati secondo scadenze programmate (abbonamenti)
accettata senza limiti di fatturazione/consegna SI NO
accettata per minimi fatturabili di € _____
Data _____
Firma del Legale Rappresentante o di un suo procuratore: _____
_____