|  |  |
| --- | --- |
|  | Spett.le  Agenzia Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano  UOC Vigilanza Farmaceutica  UOS Vigilanza Ispettiva Farmaceutica (specificare articolazione territoriale Milano città/ Milano est/ Milano ovest) |
| **OGGETTO: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE VENDITA MEDICINALI ON LINE (EX ART. 112-QUATER Dlvo 219/2006-nota MS 3799 del 26/01/2016)** | |

Il sottoscritto Dott. ……………………………….………………………………………………………………………

Nato a………………………………………………… il…………………………………………………….…………… e residente a………………………………………………..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**

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/esercizio commerciale[[1]](#footnote-1)…………………………………….…………….. è:

* in possesso di partita iva n…………………………
* si trova in via……………………………………………………….n. …… .

Comune di…………………………………………………

* è in possesso del codice univoco n…………………………assegnato da Ministero della Salute[[2]](#footnote-2).

1. L’indirizzo del sito web completo utilizzato per la vendita on line di medicinali è il seguente: http://www..…………………………………………………………
2. Le informazioni identificative del sito sono le seguenti:

|  |  |
| --- | --- |
| Dati del registrante |  |
| Contatto amministrativo del sito |  |

1. l’attività di vendita a distanza al pubblico di medicinali mediante i servizi della società dell’informazione inizierà in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa).[[3]](#footnote-3)

**Il sottoscritto Dott. ………………………………..………………….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 di ATS, aver effettuato presso il Ministero della Salute la registrazione nell’elenco delle farmacie/esercizi autorizzati alla vendita on line dei medicinali senza l’obbligo di prescrizione e aver ottenuto apposito logo dal Ministero della Salute**[[4]](#footnote-4);
* **di essere tenuto a comunicare, entro trenta giorni, qualsiasi modifica degli elementi e dei dati dichiarati con la presente richiesta, 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

**Si allega alla presente copia di un documento d’identità in corso di validità.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(Luogo e data)* |  | *(Firma del Farmacista Socio/Direttore)* |

1. inserire denominazione completa [↑](#footnote-ref-1)
2. Consultabile anche sul portale open data del Ministero [↑](#footnote-ref-2)
3. **la data indicata deve tener conto dei tempi necessari per l’ottenimento del logo da parte del Ministero della Salute.** [↑](#footnote-ref-3)
4. cfr. nota n.3 [↑](#footnote-ref-4)