



**ΑΙΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Νοσοκομείο: .....  
Κλινική: .....  
Υπεύθυνος Φαρμακοποιός: .....  
Διεύθυνση Νοσοκομείου (οδός-αριθμός): ..... Τ.Κ. ....  
Δήμος: ..... Πόλη: ..... Νομός: .....  
ΔΟΥ: ..... ΑΦΜ: .....  
Τηλ.: ..... Fax: ..... E-mail: .....

Προς ΙΦΕΤ αε

Παρακαλώ να παραγγείλετε το εξής φαρμακευτικό προϊόν, το οποίο δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα:

1. Εμπορική ονομασία: .....  
Δραστική ουσία: .....  
Φαρμακοτεχνική μορφή: ..... Περιεκτικότητα: .....  
Συσκευασία: ..... Αιτούμενη ποσότητα: .....

2. Εμπορική ονομασία: .....  
Δραστική ουσία: .....  
Φαρμακοτεχνική μορφή: ..... Περιεκτικότητα: .....  
Συσκευασία: ..... Αιτούμενη ποσότητα: .....

3. Εμπορική ονομασία: .....  
Δραστική ουσία: .....  
Φαρμακοτεχνική μορφή: ..... Περιεκτικότητα: .....  
Συσκευασία: ..... Αιτούμενη ποσότητα: .....

Σφραγίδα/Υπογραφή

Υπεύθυνου Φαρμακοποιού: ..... Ημερομηνία: .....

**Οδηγίες:** Αφού συμπληρώσετε το παρόν έντυπο το αποστέλετε με fax στο 210 6039640, μαζί με το Έντυπο Ιατρικής Γνωμάτευσης. Κάθε ένα από τα φαρμακευτικά προϊόντα πρέπει να συνοδεύεται από Έντυπο Ιατρικής Γνωμάτευσης υπογεγραμμένο από τον υπεύθυνο Ιατρό και την Επιστημονική Επιτροπή. Για παραγγελίες μεγαλύτερες των 3.000 ευρώ απαιτείται απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου. Για περισσότερες πληροφορίες: 213-2002424