

“Modello di domanda di autorizzazione alla vendita on line di medicinali senza obbligo di prescrizione ai sensi dell’art.112-quater, comma 3, D.Lgs n. 219 e s.m.i.”

Raccomandata A/R – PEC

Applicare
MARCA DA
BOLLO
(€16,00) secondo le
vigenti disposizioni
in materia

Al Servizio Farmaceutico Territoriale

Azienda Sanitaria Locale_____

(indirizzo sede)

o

PEC: _____

*(indicare la Azienda sanitaria di appartenenza
della Farmacia/parafarmacia)*

Oggetto: Domanda di autorizzazione alla vendita on line di medicinali senza obbligo di prescrizione ai sensi del comma 3 dell’art.112-quater del decreto legislativo 24 aprile 2006 n. 219 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____ prov. di _____ in via _____

In qualità di titolare/rappresentante legale della ditta/società

CF/Partita IVA

n. REA presso CCIAA

telefono..... fax.....

e-mail Indirizzo PEC

chiede

il rilascio dell'autorizzazione alla vendita on line di medicinali senza obbligo di prescrizione medica mediante i servizi della società dell'informazione, presso il seguente sito logistico:

Farmacia

Esercizio Commerciale di cui al decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito con modificazioni dalla legge n. 248/2006

Denominata/o

Ubicata/o in (indicare l'indirizzo completo del sito logistico).....

in possesso del seguente Codice univoco assegnato dal Ministero della Salute

.....

se diverse da quanto sopra indicato, riportare le seguenti informazioni proprie del sito logistico:

telefono..... fax.....

e-mail Indirizzo PEC

altro

a tal fine dichiara

- che è in corso, presso il sito logistico sopra indicato, l'attività di vendita di medicinali al dettaglio:
- che la data di inizio attività di vendita a distanza tramite il servizio della società dell'informazione è la seguente ____/____/____ **
- l'URL dell'indirizzo web dedicato al commercio elettronico (che deve contenere anche il protocollo di connessione (http o https) previsto: es: "http://www.sitowebdiesempio.it")

Dati del registrante del dominio:

Organizzazione _____

Indirizzo _____

Nazionalità _____

Telefono _____ Fax _____

Data creazione _____

Dati del contatto amministrativo del dominio:

Nome _____

Organizzazione _____

Indirizzo _____

Nazionalità _____

Telefono _____ Fax _____

Data creazione _____

- che il trasporto dei medicinali venduti on line avverrà nel rispetto delle linee guida in materia di buona pratica di distribuzione ai sensi dell'art. 112-quater, comma 10, D.Lgs n. 219/2006 e s.m.i.;

si impegna

a comunicare tempestivamente a codesta Azienda _____:

- entro trenta giorni, ogni modifica intervenuta delle condizioni sopra riportate, pena la decadenza dell'autorizzazione ai sensi dell'art. 112-quater, comma 5, D.Lgs n. 219/2006 e s.m.i.;
- l'eventuale cessazione dall'attività di vendita di farmaci on line, per evitare qualsivoglia uso improprio del sito;

dichiara altresì

- di essere personalmente responsabile di ogni violazione dei suddetti limiti e delle sanzioni amministrative e penali derivanti da ogni attività effettuata in contrasto con le disposizioni dettate all'art.112-quater del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e s.m.i.;
- di essere a conoscenza:
 - a) di essere penalmente sanzionabile in caso di false dichiarazioni (art.76 del DPR 445 del 28/12/2000 e s.m.i.);
 - b) di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato sulla base di false dichiarazioni (art.75 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.);
 - c) che i dati personali conferiti in tale ambito saranno trattati anche mediante modalità informatiche e telematiche, al fine di consentire il compimento delle operazioni per le quali la presente comunicazione viene resa (art.13 del decreto legislativo 196/2003 e s.m.i.);

in caso di invio tramite PEC:

di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00: a comprova, indica i seguenti dati della marca da bollo utilizzata:

data e ora di emissione _____

identificativo n. _____

di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda e di aver annullato la stessa

di conservare l'originale della domanda per eventuali controlli da parte della Azienda _____.

Il/La sottoscritto/a allega copia leggibile del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data/...../.....

Firma

(per esteso, leggibile)

****La data indicata deve tener conto dell'espletamento dell'intera procedura che si conclude con l'ottenimento del logo identificativo e il perfezionamento della pagina web*

N.B. *La domanda di autorizzazione va correlata al singolo sito logistico (no domanda cumulativa in caso di Società titolari di più farmacie/esercizi commerciali)*