



**ASL Oristano**

**SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA**  
**Servizio Assistenza Farmaceutica – Distretto di Oristano**

Prot. n. 2937763

Oristano 10/01/2011

Servizio: Assistenza Farmaceutica  
 Tel./fax 0783-317033

Allegato n° 1 alla determinazione  
 Serv. Provveditorato N° 08 del 11.01.2011  
 Composto di n° 2 fogli 0

Oggetto: Richiesta d'acquisto farmaco unico.

Al Resp. Servizio  
 Provveditorato

SEDE

Si chede di voler provvedere, con la **massima urgenza**, all'acquisto del sottoelencato farmaco unico non registrato in Italia:

Ditte INTERFARMACI e UNIPHARMA

XENBILOX capsule 250mg      12 confezioni X 100cps (per 1 anno)  
 Anagrafica Aziendale 1023717

Distinti saluti

IL DIRETTORE  
 FARMACIA TERRITORIALE  
 Dr.ssa Saiu Anna G. Angela

# INTER FARMACI ITALIA s.r.l.

WORLD MEDICINES FOR HOSPITALS

SEDE LEGALE: Via E. Sonnaz 11 - 10121 TORINO

SEDE OPERATIVA e DEPOSITO: Via Bellezza 7 - 28824 OGGEBBIO (VB)  
tel 0323/48.104 - 0323/48.08.45 fax 0323/48.195 - 0323/49.15.49

*Spett.le*

**AZIENDA OSPEDALIERA  
ASL 5 ORISTANO (707)**

**SERVIZIO PROVVEDITORATO**

*Alla c.a. della Dott.ssa Demurtas*

fax: 0783/733.15  
tel.: 0783/317.780

Oggebbio, 28/12/2010



**OFFERTA:**

Nome commerciale: **XENBILOX**  
Principio Attivo: **acido chenodesossilico**  
Ditta produttrice: **Sigma Tau (Germania)**  
Confezionamento: **100 caps.**  
Dosaggio: **250 mg.**  
Prezzo per conf.: **€ 830,00.**

**INTER FARMACI ITALIA s.r.l.**  
Via Bellezza 7 - 28824 OGGEBBIO (VB)  
**VERBANIA LAGO MAGGIORE**  
Tel. 0323 - 48104 Fax: 0323 - 48195  
Cod. fisc. 03230000957 Imp. e Partita IVA 0957/37004

**Spese di trasporto: \*\*\*\*GRATUITE\*\*\*\***

**IVA: 10% esclusa.**

**Pagamento: 90 gg. Data fattura. Ai sensi del D.L. 231 del 09/10/2002.**

I PREZZI OFFERTI RIMARRANNO INVARIATI SALVO AUMENTI DIRETTAMENTE DISPOSTI DALLA DITTA PRODUTTRICE.

## ATTENZIONE

**PER RISPETTARE LA LEGGE D'IMPORTAZIONE**

ed effettuare gli ordini in modo corretto permettendo la regolare evasione, ora deve essere **SEMPRE** chiaramente indicato sul modulo di assunzione di responsabilità, compilato dal Medico prescrivente, se il farmaco serve per **SCORTA** o per **PAZIENTI GIÀ INDIVIDUATI** e l'indicazione terapeutica per la quale il prodotto è registrato. Per pazienti individuati vanno indicate **SEMPRE** le **INIZIALI** e la **DATA di NASCITA** del/i paziente/i, la **PATOLOGIA** e la **POSOLOGIA non superiore ai tre mesi**. **Inoltre su ogni modulo deve sempre essere apposto il timbro dell' Azienda Ospedaliera richiedente.**

**MODULO DA COMPILARE e da allegare all'ORDINE****ATTENZIONE TIMBRO AZIENDA  
OSPEDALIERA OBBLIGATORIO**

AI SERVIZIO FARMACEUTICO dell'AZIENDA OSPEDALIERA di:

p.c. al MINISTERO della SALUTE - UFFICIO di SANITÀ AEROPORTUALE MALPENSA (MILANO).

Data, .....

**OGGETTO:** Richiesta d'importazione di un farmaco non registrato in Italia da utilizzarsi in ambito ospedaliero ai sensi del D.M. 11/02/1997.Il sottoscritto Dott. (IN STAMPATELLO LEGGIBILE) .....

Operante presso il Reparto/Divisione di .....

Chiede di importare, tramite la ditta INTER FARMACI ITALIA s.r.l., il seguente farmaco:

<b>PRINCIPIO ATTIVO:</b>	<b>acido chenodesossicolico</b>
<b>NOME COMMERCIALE:</b>	<b>XENBILOX</b>
<b>FORMA FARMACEUTICA:</b>	<b>capsule</b>
<b>DOSAGGIO:</b>	<b>250 mg.</b>
<b>CONFEZIONAMENTO:</b>	<b>100 caps</b>

Nella quantità di N° ..... conf. da ....., prodotto dalla ditta **Sigma Tau (Germania) titolare dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio** e regolarmente registrato nel paese di provenienza per la stessa indicazione terapeutica per il quale viene importato.

Tale farmaco (Soggetto al 10% dell'imposta IVA) è indispensabile ed insostituibile
 Per la cura del paziente/i nr. \_\_\_\_\_ (INIZIALI e DATE di NASCITA dei PAZIENTI) \_\_\_\_\_

 affetti da (INDICARE PATOLOGIA E POSOLOGIA non superiore a 3 mesi) \_\_\_\_\_

 Per scorta farmaci - diagnostici

Indicazione terapeutica/diagnostica: \_\_\_\_\_

e si richiede che sia già disponibile in reparto al momento del ricovero dei pazienti selezionati per questa terapia.

Il farmaco sarà custodito presso la Farmacia ospedaliera e sarà eventualmente smaltito secondo la normativa vigente.

**DICHIARA ALTRESI' CHE IL FARMACO:**

- Non è sostituibile per il successo terapeutico con altri farmaci registrati in Italia.
- Non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope.
- Non è un emoderivato.
- Verrà impiegato sotto la mia diretta responsabilità dopo aver ottenuto il consenso informato del paziente o, in caso di minore o incapace, di chi esercita la patria potestà.
- Le generalità del paziente e i documenti relativi al consenso informato sono noti al medico curante.
- Particolari condizioni di conservazione: temperatura \_\_\_\_\_ (+2°+8°C), (-20°C), (Ambiente).

Il Sottoscrivente è consapevole:

- di essere penalmente sanzionabile se rilascia falsa dichiarazione (art. 76 D.P.R. 445/2000);
- di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato sulla base delle false dichiarazioni (art. 75 D.P.R. 445/2000);
- che l'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 D.P.R. n. 445/2000);
- che i dati forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento richiesto (D.L. vo n. 196/2003).

(TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO)

(IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO FARMACEUTICO)

a

e