

**MODULO ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA'**

Spett.le Ditta _____

Il/La sottoscritto/a _____

Responsabile dell'Unità Operativa _____
dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassariin conformità alle prescrizioni indicate nel D.L. 219/2006 art.5, chiede la fornitura della seguente
preparazione:

nella quantità di n. _____ fiale

Dichiara di prescrivere tale farmaco per il seguente scopo _____

Dichiara di impegnarsi ad utilizzare tale preparazione nei pazienti della Struttura Ospedaliera alla
quale è preposto, sotto la sua diretta e personale responsabilità, nella durata di tempo di

Data _____

Timbro e Firma
