

Allegato - Istanza di autorizzazione alla vendita on line di medicinali senza obbligo di prescrizione
(redigere in carta legale/marca da bollo)

Spett.le
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Via Degasperi n. 79
38123 Trento

Il sottoscritto/i.....

nato/i a.....il.....residente/i a.....

in qualità di ☐ titolare ☐ legale rappresentante della

☐ Farmacia

☐ Esercizio commerciale

ubicata in..... via.....Partita IVA n.

codice univoco.....

Chiede l'autorizzazione alla vendita on line di medicinali senza obbligo di prescrizione che
avverrà tramite il sito web....., di cui il
Registrante/Intestatario è e l'Amministratore
..... Indirizzo e-mail.....

Decorrenza (compatibile con la tempistica per l'ottenimento del logo identificativo)

Il sottoscritto si impegna, ottenuta l'autorizzazione, a richiedere al Ministero della Salute il
rilascio del logo identificativo nazionale e la registrazione nell'elenco ufficiale dei soggetti titolati
alla vendita di medicinali on line. Si impegna inoltre a comunicare ad APSS, entro 30 giorni,
ogni variazione che riguardi quanto riportato nel decreto autorizzativo.

Il sottoscritto si impegna al rispetto delle buone pratiche di distribuzione dei medicinali.

Si allega 1 marca da bollo per il rilascio del provvedimento autorizzativo

Riservandosi la produzione di eventuale ulteriore documentazione si inoltrano distinti saluti

Data.....

Firma/e