

Informatori Farmaceutici: richiesta di presentazione nuovo prodotto e nuove indicazioni

Io sottoscritto/a

(nome) _____ | (cognome) _____

telefono (fisso o cellulare) _____

e-mail (facoltativo) _____

DICHIARO DI ESSERE

scrivere le informazioni richieste

il rappresentante di (specificare nome azienda farmaceutica)

N° tesserino di iscrizione alla piattaforma web - ER Salute (specificare) _____

CHIEDO

barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste

► di incontrare il Dott. / equipe del reparto di

dell'Ospedale:

Policlinico di Modena

Civile di Baggiovara

► per presentare

Medicinale

Principio attivo _____

Denominazione _____

Principale indicazione terapeutica _____

Dispositivo medico

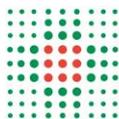
Denominazione _____

Principale ambito di impiego _____

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'AOU di Modena effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data _____ | firma (per esteso e leggibile) _____



TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA D.LGS. 196/2003, ART.13

Con la presente La informiamo che i dati richiesti, e da Lei gentilmente forniti all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, sono raccolti e trattati, con modalità anche informatiche, esclusivamente per le finalità connesse all'erogazione dello specifico evento al quale si sta iscrivendo. I dati saranno utilizzati esclusivamente per il tempo necessario all'erogazione del servizio richiesto e saranno trattati da dipendenti e collaboratori incaricati di svolgere i servizi necessari all'esecuzione della Sua richiesta e saranno conservati per non più di un anno. I dati personali da Lei conferiti non saranno per nessuna ragione diffusi all'esterno. Lei potrà esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del D. Lgs. n. 196/2003, inviando una Sua richiesta al Titolare del trattamento dei dati dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena. Apponendo la sua firma, conferma di aver letto e preso visione dell'informativa privacy (art. 13 D.Lgs 196/2003), e autorizza l'utilizzo dei suoi dati in conformità a quanto sopra indicato.

data _____ | firma (*per esteso e leggibile*) _____

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI MODENA

Esaminata la documentazione allegata, si esprime parere

POSITIVO NEGATIVO

per i seguenti motivi: _____

e si fissa

Appuntamento presso: _____

data _____ Ora _____

data _____ firma e timbro (*Il Dirigente Sanitario*).