

## SUGGERIMENTI PER LA COMPILAZIONE DELLA RICHIESTA CON I NUOVI BUONI ACQUISTO

(vedi anche lo schema nella pagina successiva)

1. Scaricare il modello di buono acquisto, compilato in formato Word, completare con le indicazioni che non subiscono modifiche (anno, farmacia, indirizzo, funzione) e salvare nel modo indicato al punto seguente.
2. creare una cartella “BUONI ACQUISTO”. All’interno di questa cartella crearne un’altra con denominazione dell’anno di riferimento (es. 2007). In quest’ultima cartella memorizzare ogni singola richiesta (es. Richiesta n. 00 del GG-MM-AA) e salvare dopo compilazione.
3. per ogni richiesta devono essere stampate quattro copie identiche di cui una da trattenere in farmacia. Le altre tre copie vengono inviate alla ditta cedente che, ne trattiene una; mentre delle altre due, entro 30 giorni dalla data di consegna dei prodotti richiesti dalla farmacia, ne invia una copia all’ASL di pertinenza della farmacia e l’altra la rende alla farmacia dopo avere specificato, nell’apposita colonna, i quantitativi consegnati.
4. la copia trattenuta dalla farmacia e quella ricevuta dalla Ditta fornitrice devono essere custodite unitamente alla fattura.
5. nel caso in cui la farmacia dovesse rendere un prodotto stupefacente, compila il modulo e ne stampa quattro copie: una la trattiene, due le invia al destinatario e l’ultima la invia, entro 30 giorni, al Ministero della Salute, Ufficio Centrale Stupefacenti – Dipartimento dell’Innovazione – Direzione Generale dei farmaci e dispositivi medici – Via della Civiltà Romana 7 – 00144 Roma.  
Chi riceve il reso (ditta, depositario, ecc.) trattiene una delle due copie e restituisce l’altra alla farmacia cedente compilando la colonna delle quantità consegnate.
6. il bollettario è utilizzato dalle farmacie e dalle ditte autorizzate dal Ministero della Salute. Serve per richieste singole o cumulative di acquisto, vendita o cessione a qualsiasi titolo di sostanze stupefacenti o psicotrope iscritte nelle tabelle I e II sezioni A, B, C.
7. la quantità richiesta/consegnata/resa deve essere indicata in unità di peso o di volume oppure in numero di confezioni.  
L’ordine può essere evaso dalla ditta anche in modo parziale rispetto alla richiesta, ma non in quantità superiore. La ditta, qualora non possa soddisfare la richiesta, restituisce il buono acquisto alla farmacia.
8. qualora il fornitore non emetta fattura di vendita (es. richiesta urgente a titolo gratuito di medicinali compresi nella tabella II, sezioni A, B, C ad altra farmacia aperta al pubblico o a farmacie ospedaliere) è sufficiente allegare alla copia del buono acquisto la bolla di accompagnamento merci viaggianti, comprovante la transazione di queste sostanze tra fornitore e destinatario.
9. la richiesta di fornitura di stupefacenti può essere inviata anche via e-mail con firma elettronica certificata del Titolare o Direttore, fermo restando l’obbligo per la ditta cedente di stampare le copie previste della richiesta al momento del ricevimento.

### BOLLETTARI BUONI ACQUISTO FINORA IN USO

**A decorrere dal 14.01.2007 potranno essere utilizzati a libera scelta di ogni Direttore:**

- sia i bollettari buoni acquisto consegnati dagli Ordini per le sole richieste singole.
- sia i nuovi modelli di cui sopra per le richieste singole e/o cumulative.

**Si consiglia di preferire l’utilizzo dei nuovi modelli onde evitare confusione.**

BUONO ACQUISTO (D.P.R. n. 309/1990, art. 38, comma 1 bis)		
n. progressivo annuale _____ anno _____		
DITTA ACQUIRENTE _____		
AUTORIZZAZIONE MINISTERIALE _____		
INDIRIZZO _____		
RESPONSABILE _____		FIRMA _____
FUNZIONE _____		
DATA _____		
DITTA CEDENTE _____		
AUTORIZZAZIONE MINISTERIALE _____		
INDIRIZZO _____		
RESPONSABILE _____		FIRMA _____
FUNZIONE _____		
DATA _____		
DESCRIZIONE	QUANTITÀ RICHESTA	QUANTITÀ CONSEGNA

In caso di acquisto indicare il nome della farmacia

In caso di In caso di reso indicare il nome della ditta cui vengono restituite le sostanze o i medicinali

Scrivere una delle seguenti  
**Titolare**  
**Direttore Responsabile**

In caso di acquisto indicare il nome della ditta cui è inviata la richiesta

In caso di reso indicare il nome della farmacia

Compilare questa colonna anche in caso di reso

Questa colonna è compilata solo da ditte o grossisti o depositari

Le farmacie non devono compilare queste righe