

ANUNT

Va informam ca incepand cu data de 01.02.2024, pentru achizitia formularelor cu regim special din Anexa 1 la Legea nr. 339/2005, respectiv a retetelor TAB III (retete verzi) si TAB II (retete galbene), este necesara completarea referatului anexat, pentru fiecare comanda.

Dupa completarea referatului, acesta se va transmite semnat, parafat si stampilat, insotit de avizul de libera practica sau autorizatia emisa de Ministerul Sanatatii, dupa caz, pe adresa de email: ilfovdsp@yahoo.com pentru verificare, inainte de efectuarea platii.

In cazul in care se achizitioneaza retete pentru prima data, se vor depune si copia certificatului de inregistrare in RUCM, copia ASF a cabinetului, unitatii sanitare, etc, copia certificatului de membru in Colegiul Medicilor pentru medicul care va prescrie retetele.

Nr inreg./Data

REFERAT

Subsemnata/ul
medic specialist in specialitatea
titular al unitatii sanitare/cabinetului medical individual/PFA/PFI/SRL
.....,
cu sediul/punctul de lucru la adresa

va rog sa-mi eliberati urmatoarele formulare cu regim special din Anexa 1 la Legea 339/2005:

- Carnete de prescriptii medicale securizate pentru preparatele care contin substante din tabelul III(formulare verzi-PSIHOTROPE) in numar.....de carnete.
- Carnete de prescriptii medicale securizate pentru preparatele care contin substante din tabelul II (formulare galbene – STUPEFIANTE) in numar de.....carnete,

in vederea:

- prescrierii catre pacienti a substantelor psihotrope sau stupefiante prevazute in Anexa 1 la Legea 339/2005 (referatul va fi insotit de autorizatia de libera practica a medicului care le va prescrie).
- utilizarii medicale a substantelor psihotrope sau stupefiante prevazute in Anexa 1 la Legea 339/2005, in cadrul unitatii noastre, in baza Autorizatiei obtinute de la Ministerul Sanatatii, conform prevederilor legale in vigoare (referatul va fi insotit de Autorizatia emisa de Ministerul Sanatatii).
- Am luat la cunostinta ca responsabilitatea pentru aprecierea necesitatii si legitimitatii utilizarii in actul medical a acestor preparate, precum si pentru prescrierea lor corespunzatoare, revine in totalitate medicului care le utilizeaza/face prescrierea.

Nume si Prenume, Semnatura

Parafa

Stampila cabinetului medical

NU SE ACCEPTA PLATA CASH

RETETE TAB III / TAB II

| CONT | RETETE | PRET UNITAR |
|---------------------------------|----------------|-----------------------|
| RO09TREZ42120E365000XXXX | TAB III | 15,47 Lei/ buc |
| | TAB II | 13,09 Lei/ buc |

D.S.P Ilfov CIF: 11445640

- DUPA EFECTUAREA PLATII IN CONTUL DE TREZORERIE VA RUGAM SA VENITI SA LE RIDICATI DUPA O PERIOADA DE 3 ZILE**