**RICHIESTA DI FORNITURA DI FARMACI PER UTILIZZO IN PROGETTI DI RICERCA PRECLINICA NO-PROFIT - CIG B3FE0BD684**

**Alla UO Farmaceutica ospedaliera e politiche del farmaco**

**dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi**

**farmaciaaouc@aou-careggi.toscana.it**

**p.c.**

**(*indicare il nome del responsabile del Progetto)***

**LORO SEDI**

**Oggetto**: Richiesta di fornitura di farmaci/molecole da utilizzare nella conduzione del progetto di ricerca preclinica no-profit per il progetto:

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Ente promotore**  |  |
| **Responsabile scientifico del progetto di ricerca**  |  |
| **Codice del progetto di ricerca** |  |
| **Sede svolgimento attività di ricerca** |  |
| **Farmaco/Molecola richiesta** |  |
| **Dosaggio** |  |
| **Forma e quantità richiesta**  |  |

Il Sottoscritto Carlo Dani, in qualità di Direttore del Dipartimento di Neurofarba dell’Università degli Studi di Firenze, a fronte del contratto stipulato con l’Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (CODICE N 815213 - CIG B3FE0BD684), chiede la fornitura dei farmaci/delle molecole di cui sopra da utilizzare nell'ambito del progetto di ricerca in oggetto sotto la responsabilità del Responsabile scientifico.

Indirizzo e-mail del Dipartimento a cui effettuare le comunicazioni in merito a questa richiesta: ordini@neurofarba.unifi.it - …………………………………………………………………..

In fede

Data

Timbro e Firma del Direttore di Dipartimento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_