

**Allegato**

**Alla Spett.le Società  
Sanofi-Aventis S.p.A.  
Viale Bodio 37/b  
20158 Milano**

**e p.c. All'Agenzia Italiana del Farmaco  
Via del Tritone, 181  
00187 Roma  
Fax 06 59784313**

Il sottoscritto medico dott.....

in servizio presso.....

**chiede a titolo gratuito**

alla ditta Sanofi-Aventis S.p.A.

la fornitura del medicinale **NOPRON ENFANTS 15mg/5ml sirop** in confezionamento **francese**  
(in lingua **francese**)

nella quantità di.....

per la cura del paziente affetto da.....

Tale farmaco verrà impiegato sotto la diretta responsabilità dello scrivente medico curante dopo aver ottenuto, nel rispetto della normativa vigente, il consenso informato del paziente, in caso di minori o incapaci, di chi esercita la patria potestà.

Data.....

Il medico curante (firma per esteso).....

Per gli aspetti di propria competenza  
Il Dirigente della Farmacia Ospedaliera  
(firma per esteso).....

Indirizzo della Farmacia Ospedaliera presso  
la quale deve essere effettuato l'invio.....

**Sanofi-Aventis S.p.A. Tel 800.216.644 Customer Service  
Fax 02 39327555**