



DELEGA PER LA RICHIESTA DELLE PRESCRIZIONI E INVIO RICETTA ELETTRONICA PRESSO REPOSITORY DOFAR

(copia da consegnare al medico di medicina generale)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
(____) il ____/____/____ con residenza a _____ (____) in
via _____ n° ____ cap _____
telefono ____/_____
codice fiscale _____
tipo documento di identità _____ n° _____
rilasciato da _____ il ____/____/____
paziente del Medico di Medicina Generale:
dott./dott.ssa _____
ambulatorio sito in _____ (____) via _____ n° ____
utenza telefonica ____/____ e-mail _____

DELEGA

PERMANENTEMENTE E/O FINO A REVOCA ESPRESSA

doFar Srl con sede operativa in Cagliari, via Dante Alighieri 1/c – 09128,
Iscrizione al Registro delle Imprese - C.F. - P. Iva N. 03495340923 / N. REA 275827 a:

- **RICHIEDERE**, in suo nome e per suo conto, le ricette e/o prescrizioni mediche necessarie alla propria terapia cronica attraverso l'inoltro periodico del *Memorandum* contenente l'elenco dei pazienti iscritti al servizio e il relativo numero di confezione di farmaci necessari al fine di predisporre con anticipo rispetto al loro esaurimento le ricette ripetitive necessarie per la terapia. Il Memorandum Ricette verrà inviato - con frequenza mensile o bimestrale - all'indirizzo di posta elettronica del dott./dott.ssa _____ (indicare l'e-mail) che presta così il suo consenso a ricevere il documento.
Si precisa che il medico riceverà mensilmente un'unica e-mail riepilogativa contenente le prescrizioni relative ai propri pazienti iscritti al servizio doFar.
- **RICEVERE** - in considerazione dell'emergenza sanitaria in atto e a seguito Ocdpc n. 651 del 19 marzo 2020 e per tutto il periodo in cui sarà consentito dalla legge - il promemoria dematerializzato delle proprie prescrizioni che il medico invierà in formato pdf. o l'NRE/NRBE seguito dal codice fiscale per esteso del paziente, direttamente al Repository doFar all'indirizzo **ricette@dofar.it**. Il Sistema automatizzato doFar è sottoposto a severi protocolli di protezione dei dati e sulla base di tali sistemi informatizzati trasmette usando protocolli di sicurezza le ricette dematerializzate alla farmacia scelta liberamente dal paziente all'atto dell'iscrizione al servizio.

Informativa ex artt. 13 e 14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE 2016/679 per il trattamento di dati sensibili. Il trattamento delle informazioni che La riguardano, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti

Allegati: alla presente si allega copia fotostatica del documento di identità del delegante.

Luogo e Data

Firma

(firma per esteso e leggibile del paziente)





DELEGA PER LA RICHIESTA DELLE PRESCRIZIONI E INVIO RICETTA ELETTRONICA PRESSO REPOSITORY DOFAR

(copia da consegnare alla doFar)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
(____) il ____/____/____ con residenza a _____ (____) in
via _____ n° ____ cap _____
telefono ____/_____
codice fiscale _____
tipo documento di identità _____ n° _____
rilasciato da _____ il ____/____/____
paziente del Medico di Medicina Generale:
dott./dott.ssa _____
ambulatorio sito in _____ (____) via _____ n° _____

DELEGA

PERMANENTEMENTE E/O FINO A REVOCA ESPRESSA

doFar Srl con sede operativa in Cagliari, via Dante Alighieri 1/c – 09128,
Iscrizione al Registro delle Imprese - C.F. - P. Iva N. 03495340923 / N. REA 275827 a:

- **RICHIEDERE**, in suo nome e per suo conto, le ricette e/o prescrizioni mediche necessarie alla propria terapia cronica attraverso l'inoltro periodico del *Memorandum* contenente l'elenco dei pazienti iscritti al servizio e il relativo numero di confezione di farmaci necessari al fine di predisporre con anticipo rispetto al loro esaurimento le ricette ripetitive necessarie per la terapia. Il Memorandum Ricette verrà inviato - con frequenza mensile o bimestrale - all'indirizzo di posta elettronica del dott./dott.ssa _____ (indicare l'e-mail) che presta così il suo consenso a ricevere il documento.
Si precisa che il medico riceverà mensilmente un'unica e-mail riepilogativa contenente le prescrizioni relative ai propri pazienti iscritti al servizio doFar.
- **RICEVERE** - in considerazione dell'emergenza sanitaria in atto e a seguito Ocdpc n. 651 del 19 marzo 2020 e per tutto il periodo in cui sarà consentito dalla legge - il promemoria dematerializzato delle proprie prescrizioni che il medico invierà in formato pdf., o l'NRE/NRBE seguito dal codice fiscale per esteso del paziente, direttamente al Repository doFar all'indirizzo ricette@dofar.it. Il Sistema automatizzato doFar è sottoposto a severi protocolli di protezione dei dati e sulla base di tali sistemi informatizzati trasmette usando protocolli di sicurezza le ricette dematerializzate alla farmacia scelta liberamente dal paziente all'atto dell'iscrizione al servizio.

Informativa ex artt. 13 e 14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE 2016/679 per il trattamento di dati sensibili. Il trattamento delle informazioni che La riguardano, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti

Allegati: alla presente si allega copia fotostatica del documento di identità del delegante.

Luogo e Data

Firma

(firma per esteso e leggibile del paziente)

(firma per esteso e leggibile del paziente)



doFar srl

Sede legale: via Don Minzoni, 29 - 09044 Quartucciu (CA) / Sede operativa: via Dante Alighieri, 1/C - 09127 Cagliari

Tel. +39 070.4646200 / Fax +39 070.4646222 / info@dofar.it / dofar@pec.it

Iscrizione al Registro Imprese - C.F. - P.Iva 03495340923 / N.REA 275827

www.dofar.it