ALLEGATO A5

|  |
| --- |
|  **Dati attività IMS per Azienda farmaceutica - aggiornamento al 31/12 (da trasmettere entro il 31/01)** |
| **Azienda****Farmaceutica** | **Azienda Sanitaria della Regione Basilicata (indicare tutte le Aziende Sanitarie pubbliche e private convenzionate che hanno ricevuto almeno una****visita)** | **Struttura (indicare tutte le strutture di ciascun Azienda Sanitaria che hanno ricevuto almeno una visita)** | **Unità Operativa (indicare, ove disponibile, ogni U.O. che ha ricevuto almeno una visita)** |  **N. medici ospedalieri (specialisti)visitati** | **N. complessivo visite effettuate a medici****ospedalieri** | **N. medici territoriali visitati (MMG/PLS)** | **N. complessivo visite effettuate a medici territoriali** | **N. complessivo di visite effettuate (comprensivo anche delle riunioni collegiali)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |