***Usare carta intestata della ditta***

FARMACO      

PROTOCOLLO      

DITTA      

Io sottoscritto                 legale rappresentante della ditta                 dichiaro che il farmaco                 *(nome del farmaco)* verrà fornito gratuitamente oltre il periodo di osservazione, ai singoli pazienti che continuino ad averne beneficio. Tale condizione di fornitura cessa solo se il medicinale è reso disponibile a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per la stessa indicazione d'uso e comunque non prima che l'Ente abbia avuto il tempo di approvvigionarsene, esclusi gli eventuali vincoli normativi imposti dall'Autorità competente.

|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- | --- |
| Data | Firma |
|  |  |
|  | Nome in stampatello |