

*(Da compilare su carta intestata della ditta)*

Al Presidente del Comitato Etico Regionale

**DICHIARAZIONE**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante della  
Ditta \_\_\_\_\_, dichiaro che (nome Ditta) \_\_\_\_\_, al termine del presente  
protocollo, si impegna a garantire l'intero ciclo di terapia nel caso di patologie acute ovvero, nel caso di  
patologie croniche, la fornitura del farmaco fino all'autorizzazione alla commercializzazione del farmaco da  
parte di AIFA per l'indicazione prevista per tutti i pazienti che hanno iniziato la terapia nell'ambito del  
protocollo stesso (o per il paziente.....) presso la SC.....  
dell'ASL 5 Spezzino, sotto la responsabilità del dott.....

Data.....

Firma.....

Nome in stampatello e timbro.....