

**DICHIARAZIONE DA COMPILARE A CURA DELLA DITTA PRODUTTRICE SU CARTA
INTESTATA**

FARMACO

PROTOCOLLO

DITTA

Io sottoscritto _____ legale rappresentante della ditta _____ dichiaro che (*nome della 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 alla valutazione dello stesso da parte della Commissione per il PTORV" (Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regione Veneto), ai sensi della Delibera n. 4284 del 29/12/04 della Regione Veneto, per tutti i pazienti che hanno iniziato la terapia nell'ambito del protocollo stesso.

Data

Firma

Nome in stampatello