**Oggetto:**

Studio Clinico (*titolo*)………………………..…………………………………………………………………

Codice studio Promotore……………………………..Codice EUDRACT …………………………………..

Sponsor/C.R.O.…………………………………………………………………………………………………

Con riferimento al D.Lgs 211/2003, art. 20 comma 2, al D.M. 12.5.2006, art. 6 comma 1, e al D.M. 21.12.2007, il sottoscritto ………………………….. in qualità di legale rappresentante della (*Denominazione Ditta*) …………………………………*,* o persona dallo stesso delegata, dichiara di non fornire direttamente il/i Medicinale/i sperimentale/i (*specificare*)………..……………………………………………… necessari per la conduzione dello studio in oggetto, per il **seguente motivo (**s*pecificare***) …………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………...**

**Pertanto chiede che**:

1. L’Unità Operativa di Farmacia dell’IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna **acquisti direttamente** il/i Medicinale/i di cui sopra.

A tale fine si impegna:

1. a concordare con lo Sperimentatore e l’U.O. di Farmacia il quantitativo di Medicinale necessario allo svolgimento della sperimentazione ed il relativo importo economico (pari al costo del farmaco senza oneri aggiuntivi per il servizio reso dalla Farmacia) da versare con bonifico anticipatamente all’IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna[[1]](#footnote-2);
2. ad integrare la convenzione economica specificando sia le condizioni di fornitura, così come sopra indicate e concordate, sia le modalità di pagamento anticipato, secondo quanto descritto al successivo punto c);
3. ad inviare all’Ufficio Sperimentazioni Cliniche dell’IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna (via Albertoni 15, 40138 Bologna) la richiesta di emissione fattura per la somma concordata, consapevole che ogni ordine di acquisto potrà essere attivato esclusivamente una volta acquisita la copertura economica anticipata.
4. L’acquisto avvenga: (barrare la casella di interesse)
* in un’unica soluzione
* in forma dilazionata (*tale eventualità, riservata esclusivamente ad esigenze specifiche connesse con lo svolgimento della sperimentazione, sarà concordata con lo Sperimentatore e il Servizio di Farmacia*).

**N.B. La Ditta dovrà provvedere a recuperare le eventuali rimanenze di Medicinale, acquistate per suo conto dalla U.O. di Farmacia.**

**In ogni caso non potrà essere rimborsato il costo del Medicinale non utilizzato.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | PER LA DITTA(*Legale rappresentante della Società o persona da lui delegata)* |
| Data |  |  |  |
|  |  |  | (*firma per esteso e leggibile*) |

1. **Indicazioni per l’emissione del bonifico bancario:**

Inserire n. c/c dell’IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna: **IBAN IT50F0306902520100000046029**, in essere presso **BANCA INTESA SANPAOLO SPA** – Filiale via Marconi 51 – Bologna.

Per le ditte estere occorre indicare anche il codice: Codice BIC (SWIFT): **BCITITMM**

Specificare nella causale il protocollo dello studio e riportare la dicitura “**FARMACI”** [↑](#footnote-ref-2)