

Allegato 1

Fac-simile di richiesta di registrazione presso Azienda USL Toscana Centro

Data

**Al Direttore Sanitario Aziendale
Azienda USL Toscana Centro**

Il sottoscrittoin qualità di legale rappresentante
dell'Azienda.....
con sede in tel
fax..... e-mail

Chiede

l'accreditamento della suddetta Azienda e dei suoi professionisti per lo svolgimento dell'attività di informazione scientifica relativa alle seguenti tipologie di prodotto

- farmaci
- dispositivi medici
- parafarmaci, alimenti e integratori nutrizionali
- diagnostici /prodotti di laboratorio
- altro.. ... (specificare)

si impegna

a dotare e a far indossare ai propri professionisti durante la presenza nelle strutture dell'Azienda USL Toscana Centro e durante l'espletamento delle loro funzioni all'interno delle stesse, il cartellino di riconoscimento aziendale

si assume

la responsabilità del rispetto delle norme in vigore, nazionali e regionali, sull'informazione scientifica e dei corretti rapporti tra informatori scientifici della propria Azienda e personale sanitario dell'Azienda USL Toscana Centro.

Il responsabile scientifico aziendale da cui dipendono gli informatori scientifici del farmaco /specialist di prodotto è (sono):

Nome..... Cognome..... Tel.....e-mail.....