

REGOLAMENTO DELLA COMMISSIONE PER LA VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE DI ACQUISTO DEI PRODOTTI ESCLUSIVI O BENI INFUNGIBILI

I dispositivi medici (DM), così come risultano dalla classificazione nazionale approvata con D.M. 07.11.2011, rappresentano una voce rilevante all'interno dell'aggregato di spesa "acquisti di esercizio" dei bilanci delle Aziende Sanitarie;

Conformemente a quanto previsto dal DCA n. 137 del 21.12.2015, la Commissione è stata nominata dal D.G. con delibera n. 64 del 25.01.2016.

FUNZIONI DELLA COMMISSIONE DISPOSITIVI MEDICI

Verifica l'effettiva infungibilità dei prodotti richiesti da un unico fornitore per caratteristiche tecniche specifiche.

COMPETENZE DELLA COMMISSIONE

Essa esprime parere obbligatorio sulle proposte dei nuovi DM unici e infungibili secondo criteri fondati su:

- innovatività tecnica ed innovatività clinico-assistenziale;
- efficacia clinica adeguatamente documentata;
- sicurezza;
- omogeneità aziendale;
- valutazioni in merito ad infungibilità del DM (intesa come specifica identità che lo rende non sostituibile con un altro simile nello svolgimento di una determinata funzione) o esclusività (intesa come specifica identità, brevetto o privativa industriale, per cui il prodotto risulta comunque sostituibile con altri prodotti o tecniche che garantiscono equivalenti prestazioni e risultati nello svolgimento di una determinata funzione).

SUPPORTO NELLE VALUTAZIONE DELLE SEGNALAZIONI DI RISCHIO CONNESSO ALL'IMPIEGO DEI DISPOSITIVI

La CDM svolge funzioni di ausilio dei Responsabili Aziendali della vigilanza sui DM, raccogliendo e trasmettendo loro segnalazioni di situazioni di rischio di cui venga a conoscenza in merito all'utilizzo dei prodotti e promuovendo in collaborazione con i Responsabili della vigilanza sui Dispositivi Medici le azioni utili alla loro eliminazione.

Monitoraggio del corretto e appropriato utilizzo dei dispositivi medici

La CDM promuove indagini epidemiologiche mirate a rilevare i criteri di utilizzo in relazione alle patologie, allo scopo di rilevare eventuali aree di inappropriata e programmare interventi finalizzati al miglioramento della qualità.

Effettua inoltre analisi per valutare l'appropriatezza d'uso in base al consumo dei dispositivi ritenuti economicamente significativi.

Se del caso, attiva Gruppi di Lavoro a supporto della Commissione stessa che, con la partecipazione attiva di clinici, operatori sanitari e farmacisti provvedono ad esaminare i prodotti in uso per i quali si ritiene necessaria una rivalutazione, al fine d'individuare tra prodotti simili quello più appropriato dal punto di vista dell'efficacia, efficienza e sicurezza e concordarne l'unificazione. Tali Gruppi di lavoro s'intendono coordinati da un componente della Commissione.

Composizione della Commissione

La CDM opera nella composizione prevista dall'atto istitutivo.

Essa può avvalersi per specifiche esigenze della consulenza di personale dipendente.

Organizzazione delle attività

La CDM si riunisce di norma ogni due mesi , nei mesi pari e comunque previa convocazione ufficiale recante l'ordine del giorno.

La Commissione potrà altresì essere convocata in seduta straordinaria dal Presidente mediante convocazione ufficiale, almeno 7 giorni prima della data fissata

Per l'esame di argomenti che non possono sottostare ai tempi delle riunioni si confronta tramite l'impiego di e-mail, ratificando nel successivo incontro quanto emerso ed eventualmente disposto.

Le funzioni di segreteria sono svolte presso la Farmacia Ospedaliera di Lamezia Terme .

Per la validità delle riunioni ordinarie è richiesta la presenza di metà più uno dei componenti effettivi.

Alle riunioni ordinarie possono partecipare anche i componenti o loro delegati con diritto di intervento e di voto. I componenti delegati sono conteggiati ai fini della validità della seduta a meno che non sostituiscano un componente effettivo ed in tal caso hanno diritto di voto.

La decisione viene assunta dalla maggioranza dei presenti con diritto di voto; in caso di parità prevarrà il parere del Presidente.

Gli esterni eventualmente convocati partecipano alla riunione, intervengono secondo le indicazioni del Presidente ma non hanno diritto di voto.

All'inizio di ogni seduta si recepiscono eventuali proposte di modifica al verbale della seduta precedente e si sottopone il verbale all'approvazione della Commissione.

Ruolo e compiti dei componenti della CDM

Presidente:

- È componente effettivo della Commissione ed è considerato come "primus inter pares";
- Presiede le sedute della Commissione, fissa le date e predispone, insieme alla Segreteria, gli ordini del giorno delle stesse;
- Assicura l'espletamento delle funzioni della Commissione, in collaborazione con la Segreteria;
- Predispone la relazione annuale delle attività, in collaborazione con la Segreteria;

Vice Presidente:

- Svolge le funzioni del Presidente in caso di assenza dello stesso.

La Segreteria si occupa di :

- Raccogliere gli argomenti di discussione oggetto della seduta seguente;
- Stendere l'ordine del giorno della riunione e aggiornare i membri della Commissione rispetto agli argomenti rimasti in sospeso nelle riunioni precedenti;
- Convocare la Commissione;
- Invitare, eventualmente, su proposta delle SS.CC. acquisitrici il richiedente il DM a partecipare alla riunione;
- Predisporre il verbale delle sedute;
- Diffondere dopo ogni incontro, a chi di competenza, le decisioni assunte.

Componenti:

- Contributo attivo ai lavori della Commissione con l'apporto di competenze specifiche, sia sul piano delle conoscenze dei servizi e dei percorsi già attivati nelle proprie realtà, sia su quello delle valutazioni che la Commissione sarà chiamata ad effettuare attraverso l'analisi dei bisogni, la progettazione delle iniziative, l'informazione dei risultati della discussione e la sensibilizzazione dei colleghi.

Altri Componenti (chiamati ad hoc):

- Partecipano ai lavori della Commissione in qualità di esperti in materia per il settore di pertinenza;
- Svolgono una funzione di interfaccia e raccordo tra la Commissione e la rete dei professionisti a livello aziendale e collaborano con le Direzioni Sanitarie di competenza per l'elaborazione dei piani di implementazione delle azioni, conseguenti alle indicazioni prodotte dalla Commissione

Per la richiesta di nuovi DM unici e infungibili o esclusivi è richiesto il seguente dossier informativo:

- Richiesta di acquisto redatta utilizzando l'apposito modulo;
- Scheda tecnica del prodotto in lingua italiana, comprendente le modalità di riprocessazione;
- Certificazioni (marcatura CE, sistemi di qualità);
- Eventuali preventivi/valutazioni HTA;

La Commissione si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione, qualora ritenga il dossier informativo presentato non esaustivo ai fini di un'adeguata valutazione.

Il richiedente dovrà produrre la documentazione aggiuntiva entro 20 giorni dal ricevimento della comunicazione. Trascorso tale termine senza riscontro, la pratica richiesta verrà considerata decaduta e la pratica archiviata.

Dichiarazioni di potenziali conflitti di interesse e impegno alla riservatezza

Al momento dell'insediamento della Commissione, o qualora intervengano variazioni significative, i componenti della Commissione dichiarano, compilando il modulo allegato, tutti gli interessi che hanno a titolo istituzionale, professionale o personale, di tipo economico, finanziario o di altro genere che potrebbero condizionare le valutazioni inficiando l'obiettività e l'indipendenza di giudizio.

Le dichiarazioni si rendono necessarie al fine di assicurare trasparenza ed imparzialità di operato e giudizio. Le dichiarazioni rese sono visionabili da parte dei componenti della Commissione in qualsiasi momento.

Contestualmente alla sottoscrizione della dichiarazione relativa agli interessi potenzialmente conflittuali, i componenti si impegnano formalmente a mantenere la riservatezza su qualsiasi informazione e notizia appresa durante i lavori della Commissione.

Concetti di “prodotto infungibile” e “prodotto esclusivo”

“Prodotto infungibile” e “prodotto esclusivo” non sono sinonimi.

Si intendono “infungibili” i beni (farmaci, dispositivi medici e diagnostici e altro materiale sanitario, sia di consumo corrente che durevole) non equivalenti ad altri, né per utilità, né per valore e, quindi, non intercambiabili con altri. L’infungibilità, attiene alla mancanza di un’alternativa diagnostica, terapeutica e tecnica; attiene cioè ad aspetti funzionali o di risultato.

Il concetto di “esclusività” attiene ad aspetti giuridici di privativa industriale di prodotti “diversi” potenzialmente fungibili con altri prodotti o tecniche, ovvero che potrebbero garantire equivalenti prestazioni e risultati, ma esclusivi in quanto protetti da brevetti o privative industriali.

Tra prodotti “esclusivi” ma con specifiche tecniche che contemplano aspetti funzionali o di risultato equivalenti, si deve procedere sempre a confronto concorrenziale basato, se necessario, oltre che sul prezzo, sulla valutazione di elementi qualitativi, con le procedure stabilite dal Codice Appalti e del Regolamento di esecuzione ed attuazione del Codice stesso.

Possono definirsi di “ produzione unica ed esclusiva” ai sensi dell’art. 57 comma 2, lett. b) del D.Lgs. 163/06. In tal caso l’acquisto da un operatore economico determinato è ammissibile solo in quanto il prodotto è oltre che esclusivo anche infungibile ovvero costituisce l’unica alternativa diagnostica, terapeutica o tecnica per una determinata prestazione. Gli aspetti tecnici che rendono il dispositivo insostituibile devono essere comprovati in modo esauriente secondo le modalità di cui ai successivi articoli.

L’esclusività, è inoltre consentita nel caso di rinnovo parziale o di ampliamento di forniture esistenti, qualora il cambiamento di fornitore obbligasse l’Azienda ad acquistare materiali con caratteristiche tecniche differenti, il cui impiego o la cui manutenzione comporterebbero incompatibilità o difficoltà tecniche sproporzionate (art. 57 comma 3, lett. b) del D. Lgs 163/06.

Richiesta di Prodotto infungibile o di completamento di fornitura

In linea generale, è fatto divieto di proceder agli acquisti di dispositivi medici utilizzando la dichiarazione di “infungibilità”. Tuttavia è necessario tener conto che, sebbene l’infungibilità delle risorse tecnologiche rappresenti un’eccezione, nel campo dell’assistenza sanitaria, essa si collega alla crescente personalizzazione delle cure, quale imprescindibile condizione di efficacia e di qualità nelle stesse e all’elevato livello di innovazione presente nel campo dei dispositivi medici. Pertanto, deroghe al predetto “divieto” sono consentite solo in caso di “comprovata necessità” su richiesta del medico utilizzatore del prodotto, con compilazione del Modulo apposito e con allegata una relazione idoneamente motivata e documentata da parte del Dirigente Medico di Struttura Complessa, convalidata dal Direttore Sanitario del P.O. o dal Direttore Responsabile del Distretto Sanitario se la richiesta perviene da una struttura di ambito territoriale.

La richiesta dovrà essere trasmessa via e-mail all’indirizzo commissione.dispositivi@asp.cz.it o tramite posta, alla Commissione di Valutazione per i Dispositivi medici presso la Segreteria. La relazione allegata alla richiesta dovrà contenere tutti gli elementi necessari per la valutazione (ad esempio se trattasi di

innovazione o sostituzione, vantaggi clinici ed economici derivanti dall'uso del nuovo prodotto, descrizione delle attività, costi, pubblicazioni scientifiche, schede tecniche, ecc..)

Valutazione delle richieste

Per i Dispositivi Medici (DM), la Commissione esprime parere favorevole o diniego all'acquisto dopo aver effettuato tutti i controlli di congruità tecnico-economica della richiesta anche in coerenza con gli specifici indirizzi di programmazione sanitaria dell'Azienda e nei casi in cui risultasse necessario, dopo aver attivato, per tramite del servizio competente in relazione all'approvvigionamento, un'indagine di mercato di durata pari a 10 giorni, pubblicata sul sito istituzionale secondo il modello definito al presente Regolamento.

L'indagine di mercato avrà validità annuale e risulta finalizzata a verificare che le specifiche tecniche e gli aspetti funzionali e di risultato considerati esclusivi e infungibili non siano eventualmente posseduti anche da altri dispositivi di recente immissione sul mercato a salvaguardia dei principi di libera concorrenza, parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità e pubblicità nonché tutela della dichiarazione di infungibilità espressa dai richiedenti che possono avere validità solo in relazione ai prodotti di loro conoscenza.

In caso di parere favorevole, la Commissione trasmette il proprio parere ai Servizi deputati agli Acquisti. Degli esiti suddetti si darà puntuale riscontro nella delibera o determina a contrarre.

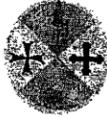
In caso di diniego, la richiesta sarà rimandata al richiedente informando per conoscenza i Servizi interessati nelle fasi preliminari, ed illustrando le motivazioni di tale diniego.

Tempistiche

Le richieste, salvo urgenze motivate, devono essere trasmesse entro il 31 ottobre di ogni anno al fine di consentire la programmazione degli approvvigionamenti per l'anno successivo.

Allegato A

Allegato n.1



MODULO PER LA DICHIARAZIONE DI POTENZIALI CONFLITTI DI INTERESSE NELLA PARTECIPAZIONE DEI SINGOLI AD ATTIVITÀ DELLA REGIONE CALABRIA

Questo documento consiste di tre parti, i suoi Dettagli Personali, la Dichiarazione Pubblica di Interessi e l'impegno alla Riservatezza. Tutte le parti devono essere debitamente compilate con cadenza annuale. Tutte le pagine devono essere firmate e datate. Se il documento è compilato a mano, assicurarsi che le informazioni richieste siano scritte in maniera leggibile.

DETTAGLI PERSONALI

lo, (Titolo) (Nome)

(Cognome)

Nazionalità

Azienda o Istituzione di appartenenza/riferimento

Indirizzo professionale

Indirizzo e-mail

Consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, Testo Unico sulla documentazione amministrativa, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75 del medesimo D.P.R. e di quanto previsto dal Regolamento in materia del conflitto d'interesse della Regione Calabria rendo la seguente dichiarazione:

Tabella 1. DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI¹

Interessi nell'industria farmaceutica/dispositivi medici	NO	Attualmente	Precedenti 2 anni	Da oltre 2 a 5 anni precedenti	Oltre 5 anni precedenti (facoltativo)
INTERESSI DIRETTI:					
1. Impiego in una società	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Consulenza per una società	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Consulente strategico per una società	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Interessi finanziari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Titolarità di un brevetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTERESSI INDIRETTI:					
6. Sperimentatore principale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sperimentatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sovvenzioni o altri fondi finanziari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma: _____

Data: _____

¹ Spettando una qualsiasi casella nella parte di ogni (Interessi dichiarati), si dovranno fornire nelle pagine successive informazioni aggiuntive riguardanti l'azienda o i prodotti. Dichiarando un'interesse nella tabella ma non fornendo le informazioni pertinenti nelle pagine successive, il modulo sarà respinto affinché venga compilato.

Allegato A

Tabella 2. DETTAGLI DELLA DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI

(da compilare per tutte quelle voci per le quali si è selezionata una casella grigia in Tabella 1)

	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Prodotti Elencare tutti i prodotti per cui Lei ha avuto un ruolo di responsabilità primaria	Indicazione terapeutica/modalità d'uso
1. Impiego in una società				
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Prodotti Elencare tutti i prodotti per cui Lei ha agito in qualità di consulente ai fini del loro sviluppo	Indicazione terapeutica/modalità d'uso
2. Consulenza per una società				
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Area di attività / Prodotto	Indicazione terapeutica/modalità d'uso
3. Consulente strategico per una società				
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Tipologia degli interessi finanziari	
4. Interessi finanziari				
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Area di attività / Prodotto	Indicazione terapeutica/modalità d'uso
5. Titolarità di un brevetto				

(da compilare per tutte quelle voci per le quali si è selezionata una casella grigia in Tabella 1)

	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Area di attività / Prodotto	Indicazione terapeutica/modalità d'uso
6. Sperimentatore principale				
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Area di attività / Prodotto	Indicazione terapeutica/modalità d'uso
7. Sperimentatore				
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Tipologia dell'interesse	
8. Sovvenzioni o altri fondi finanziari				

Allegato A

Firma: Data:

Oltre agli interessi sopra dichiarati, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e delle sanzioni previste dal Regolamento per la disciplina del conflitto di interesse all'interno della Regione Calabria, in fede dichiaro di NON DETENERE nessun altro interesse o fatto di cui ritengo debbano essere portati a conoscenza della Regione Calabria e il pubblico.

Tra gli interessi dichiarabili, inoltre:

- il coinvolgimento in trials clinici/accademici e in progetti di ricerca/sviluppo che prevedono finanziamenti pubblici, nonché l'appartenenza in qualità di componente ad un Comitato Etico;
- la partecipazione a corsi e conferenze sovvenzionate/sponsorizzate da società esterne (comprese la partecipazione a corsi che prevedono il rilascio di crediti formativi o conferenze) nel caso in cui si ricevano compensi.
- in caso di qualsiasi altro interesse o fatto, specificare di seguito:

Nel caso di fosse qualsiasi cambiamento a quanto sopra dichiarato dovuto alla mia acquisizione di interessi aggiuntivi, sarà mia cura notificarli prontamente alla Regione Calabria/Azienda Sanitaria e compilare una nuova Dichiarazione di Interessi specificando i cambiamenti.

Questa dichiarazione non mi esenta dall'obbligo di dichiarare qualsiasi potenziale conflitto di interesse che si dovesse presentare all'inizio o nel corso di qualsiasi attività della Regione Calabria alla quale io parteciperò.

Firma: Data:

Parte riservata alla Regione Calabria/Azienda Sanitaria

I conflitti d'interesse sono classificati in 3 categorie:

- d) Interessi diretti: agli interessi diretti è attribuito il più alto livello di rischio (livello 3);
- e) Interessi indiretti: agli interessi indiretti un livello di rischio intermedio (livello 2);
- f) Nessun interesse dichiarato: viene assegnato il livello di rischio basso nell'ipotesi in cui non sia dichiarato alcun interesse (livello 1).

Livello di rischio assegnato dal valutatore:

- Livello 3
- Livello 2
- Livello 1

Il valutatore

Nome Cognome (stampatello) _____

Firma autografa _____ 

Processo di Acquisto per le Farmacie
Allegato 1 - Modulo dispositivi fuori contratto

AR 12

MODULO RICHIESTA DISPOSITIVI MEDICI NON PRESENTI NEI CONTRATTI

U.O. Richiedente: _____ Medico richiedente: _____
Num. Tel. _____ E-mail: _____

PRODOTTO IN CONCORRENZA TRA PIU' FORNITORI

DESCRIZIONE GENERICA E DETTAGLIATA DEL PRODOTTO:

CND: (CLASSIFICAZIONE NAZIONALE DISPOSITIVI) _____

INDICAZIONE D'USO:

DITTE PRODUTTRICI:

LA SEGUENTE SEZIONE DEVE ESSERE COMPILATA OBBLIGATORIAMENTE IN OGNI CASO

- 1) IL DISPOSITIVO RICHIESTO SERVE PER UNA NUOVA ATTIVITA' SI NO
- 2) IL DISPOSITIVO RICHIESTO VIENE IMPIEGATO PER LA SEGUENTE ATTIVITA'
- 3) DIMOSTRATA MAGGIORE EFFICACIA CLINICA RISPETTO AI DISPOSITIVI MEDICI IN DOTAZIONE (ALLEGARE DOCUMENTAZIONE CLINICA) SI NO
- 4) SPECIFICARE I VANTAGGI CLINICI, ALTRA MOTIVAZIONE DI NATURA NON STRETTAMENTE CLINICA, IL RAPPORTO COSTO/EFFICACIA _____
- 5) PREVISIONE ANNUA DI CONSUMO: _____
- 6) COSTO STIMATO NUOVO DISPOSITIVO MEDICO: _____
- 7) COSTO DRG _____
- 8) IN PRECEDENZA, AL POSTO DEL D.M. RICHIESTO, VENIVA UTILIZZATO:
a. NOME COMMERCIALE: _____
b. REF (riferimento produttore): _____
c. RDM(n. repertorio D.M.): _____

Data _____

Il DIRETTORE DELL'U.O.
(Timbro Nome Cognome e Firma)

Parere favorevole
Il Direttore di Farmacia

Parere favorevole
Il Direttore Sanitario

RICHIESTA DI ACQUISIZIONE DI DISPOSITIVI MEDICI UNICI O DEDICATI

Il sottoscritto _____ Direttore/Responsabile dell'U.O. _____
 Num. Tel. _____ e-mail: _____

DESCRIZIONE DEL PRODOTTO:
 Nome commerciale: _____ Ref (riferimento produttore): _____
 Rdm (n. Repertorio dispositivo medico): _____ Ditta: _____
 Destinazione d'uso: _____
 Fabbisogno annuo presunto: _____ Spesa presunta annua euro _____

**ALLEGARE SCHEDA TECNICA
 MOTIVAZIONE DELLA SPECIFICITA' DELLA RICHIESTA:**

1)	<p align="center">IL PRODOTTO E' UNICO ED INFUNGIBILE PER I SEGUENTI MOTIVI CLINICI E TECNICI</p> <p>Motivazione (i campi a) e b) devono essere riempiti obbligatoriamente)</p> <p>A) Relazione in merito alle ragioni di natura tecnica, correlate ad indicazioni di natura diagnostica e terapeutica, che non consentano l'impiego di prodotti con caratteristiche equivalenti e che giustifichino la dichiarazione d'irrinunciabilità;</p> <p>B) Caratteristiche tecniche;</p>
2)	<p align="center">IL PRODOTTO E' L'UNICO COMPATIBILE CON LA SEGUENTE APPARECCHIATURA</p> <p>Tipo apparecchiatura _____ modello _____ numero di _____ inventario _____ proprietà della Azienda o BANDO</p>

A tale proposito dichiara, sotto la propria responsabilità che:
 Per le indicazioni tecniche, diagnostiche e terapeutiche sopra specificate, non sono disponibili prodotti alternativi con caratteristiche equivalenti; sia in termini prestazionali che funzionali in quanto trattati di per:
 • coperti da patentes industriale
 • specificamente dedicati al macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti in commercio.
 Il dichiarante è a conoscenza delle responsabilità di natura civile, penale, disciplinare e di natura amministrativa contabile in merito ad attestazione di informazioni false, inesatte o errate.

L'acquisto deve essere effettuato direttamente alla ditta: _____ in quanto unica produttrice/esclusiva della vendita.

Data _____

IL DIRETTORE DELL'U.O.
(Timbro, Nome Cognome e Firma)

Parere della Commissione:

Firma dei componenti

