

Spett. ASL _____

Mod. A

Servizio Veterinario

Indirizzo: _____

OGGETTO: COMUNICAZIONE DI ADESIONE ALLA SPERIMENTAZIONE CLINICA

CODICE SPERIMENTAZIONE N°: API-BIOXAL 001

Autorizzazione Ministero della Salute N°: 0011255-P-15/06/2010

Io sottoscritto.....

Nato/a il a

Iscrizione all'Albo professionale N°:; Prov.:

In qualità di veterinario responsabile dello stoccaggio del medicinale oggetto della sperimentazione e degli alveari da sottoporre alla sperimentazione clinica con il formulato API-Bioxal della società Chemicals Laif srl, con sede legale sita in Via dell'Artigianato, 13 - 35010 VIGONZA (PD)

Comunico per nome e per conto della suddetta Azienda Chemicals Laif srl

a codesta spettabile ASL competente per territorio, che la sottostante Azienda Apistica /Apicoltore, proprietario degli alveari, aderisce alla sperimentazione di cui all'oggetto ed a riguardo si forniscono le informazioni seguenti:

Nome Azienda Apistica /Apicoltore proprietario degli alveari:

N° Alveari che si sottoporranno al trattamento: _____

N° di Pezzi/Dosi acquistate per il trattamento: _____

Nome Fornitore dei Pezzi/Dosi acquistate per il trattamento:

Data.....

**In fede
Firma del Veterinario**

.....