

DICHIARAZIONE ai sensi dell'art. 1, comma 2, della Determinazione AIFA del, che dispone il ripiano dello sfondamento del tetto programmato della spesa farmaceutica territoriale 2010

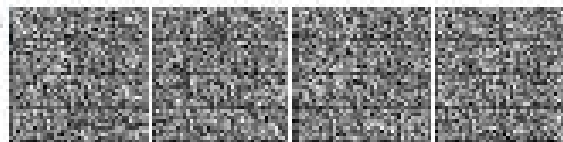
Io sottoscritto.....in qualità di.....p.t. della Società....., titolare di autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) di medicinali ad uso umano, con sede in..... ivi domiciliato per carica, in base ai poteri....., preso atto degli importi di ripiano per singola specialità medicinale e per Regione che mi sono stati comunicati dall'AIFA ai sensi dell'art.5, del Decreto Legge 1 Ottobre 2007, n.159, convertito in Legge il 29 novembre 2007, n.222.

Dichiaro

- di **ACCETTARE** senza riserva alcuna la procedura di ripiano, sviluppata in modo conforme a quanto descritto nell'ambito della metodologia allegata nell'AIFA Front End e pubblicata in Gazzetta Ufficiale, impegnandomi a versare l'importo totale di € tramite procedura di pay-back alle Regioni di seguito riportate:

Regione	Importo Pay-back
PUGLIA
SICILIA
SARDEGNA
LAZIO
CAMPANIA
ABRUZZO
CALABRIA
LIGURIA

Tali importi di pay-back a ripiano dello sfondamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale 2010 di mia competenza saranno versati improrogabilmente entro il 16 Marzo 2012.



- di NON ACCETTARE la procedura di ripiano, consapevole degli effetti di tale scelta, con riferimento alla riduzione del prezzo delle specialità medicinali di cui sono titolare, che hanno fatto registrare una spesa territoriale 2010 superiore rispetto al budget attribuito dall'AIFA, di seguito elencate:

Specialità medicinale	Differenza tra Spesa e Budget
A>0.....
B>0.....
C>0.....
D>0.....
E>0.....

Prendo atto che tali specialità medicinali subiranno, ai sensi lettera d, comma 3, dell'art.5 della L.222/2007, una riduzione di prezzo in misura tale da coprire l'importo dovuto, incrementato del 20%, nei successivi sei mesi.

Tale opzione vale anche in caso di mancata trasmissione entro il termine improrogabile del 27 Febbraio 2012 e/o in caso di versamento parziale alle Regioni degli importi comunicati.

L'AIFA è consapevole che, laddove l'importo del versamento alla singola Regione risultasse inferiore ai 10€ (i.e. tra 0,01€ e 9,99€), l'Azienda titolare di AIC è esentata dall'effettuazione del versamento.

La/Il sottoscritta/o, infine, si impegna ad acquisire la presente dichiarazione precompilata in modo informatizzato e, successivamente, a trasmetterla integralmente debitamente sottoscritta tramite posta certificata al seguente indirizzo e-mail: aifa@aifa.mailcert.it

Il

FIRMA

12A01544

