

**MODULO DI ADESIONE MEMBRI A.I.P.**

**(Associazione titolari di Autorizzazioni all'Importazione Parallela di medicinali dall'Europa)**

Le risposte alle seguenti domande aiuteranno i membri dell'Associazione a valutare nel corso dell'Assemblea Generale, l'idoneità del candidato a diventare membro dell'Associazione, in ottemperanza con i termini dello statuto e delle linee guida per una buona pratica della distribuzione parallela (ref. GDPD Affordable Medicines Europe).

**Si prega di rispondere alle seguenti domande in maniera completa ed accurata.**

<b>NOME DELL'AZIENDA</b>	
<b>RECAPITI</b> (Indirizzo, telefono, mail e sito web)	
<b>PERSONA DA CONTATTARE</b> (referente) (Nome, e-mail)	
<b>STATO LEGALE</b> (e.g. Ltd, Partnership, etc)	
<b>CODICE FISCALE E/O P.IVA</b>	
<b>ANNO DI CREAZIONE</b>	
<b>DISPONIBILITA' AUDIT DA A.M.E.</b>	

Con la presente ci impegniamo:

- a informare immediatamente A.I.P. di ogni eventuale modifica nello statuto e nelle licenze sopra menzionate.
- a rispettare lo statuto dell'A.I.P., nonché le linee guida AME per una buona pratica di distribuzione parallela che comprendono l'obbligo per tutti gli associati di sottoporsi ad Audit periodici per la verifica dell'ottemperanza alle G.D.P.D. da parte di consulenti dell'organismo notificato incaricato.
- per quanto riguarda l'esercizio del commercio farmaceutico parallelo all'interno dell'UE/CEE e ad astenerci da tutti i rapporti e contatti suscettibili di essere in contrasto con tali obiettivi o, se necessario, rivolgersi al Presidente dell'A.I.P., in relazione a tali questioni.

Data:

Timbro e firma del richiedente:

Prego inoltrare il presente modulo debitamente compilato e firmato a [info.aip@importazioneparallela.it](mailto:info.aip@importazioneparallela.it)