6.12

ESENZIONE - Imballaggi primari di dispositivi medici

Spett.le:

Denominazione o Ragione Sociale

_____

Indirizzo _____

Partita IVA / Codice fiscale _____

e p.c. **Spett.le: CONAI - Consorzio Nazionale Imballaggi**

Via PEC: contributo.conai@legalmail.it

Via posta (raccomandata A.R.): Via P. Litta, 5

20122 - Milano

Conforme al modello originale - www.conai.org

Oggetto: richiesta di esenzione dall'applicazione del Contributo Ambientale CONAI su imballaggi primari a contatto diretto con dispositivi medici.

La sottoscritta *(Denominazione o Ragione Sociale):* _____

Indirizzo: _____

_____ *PEC:* _____

Codice Fiscale: _____ *Partita IVA:* _____

con la presente dichiara di essere Consorziata CONAI.

Nel rispetto della deliberazione del Consiglio di Amministrazione del 22 giugno 1999,

DICHIARA

- di essere _____ *(indicare se produttore, commerciante e/o importatore)* di dispositivi medici, dispositivi medici diagnostici in vitro e/o dispositivi medici impiantabili attivi;
- di richiedere l'esenzione dall'applicazione del Contributo Ambientale CONAI sugli imballaggi primari in

☐ **Acciaio** ☐ **Plastica**

☐ **Alluminio** ☐ **Plastica biodegradabile e compostabile**

☐ **Carta** ☐ **Vetro**

☐ **Legno**

a contatto diretto con i suddetti dispositivi medici, destinati all'utilizzo in strutture sanitarie pubbliche o private.

STUDIO 74 - www.studio74.it

Il dichiarante, con la sottoscrizione della presente, si dichiara a tutti gli effetti responsabile della veridicità dei dati forniti a CONAI e si impegna a comunicare tempestivamente le variazioni che dovessero intervenire, per quanto di sua possibile conoscenza.

Luogo e data _____ **In fede (il legale rappresentante)** _____

L'informativa ex artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016 (GDPR) pubblicata e visionabile nella Guida CONAI e sul sito www.conai.org – Imprese/Informativa Privacy Consorziati.