

**FORMULAR  
PENTRU PLATA AUTORIZAȚIEI DE IMPORT  
PARALEL**

**Denumirea medicamentului comercializat în România, forma farmaceutică, concentrație, cale de administrare**

Nr. crt.	Denumirea medicamentului comercializat în România	Forma farmaceutică	Concentrație	Cale de administrare

**Deținătorul autorizației de import paralel**

Nume:	
Adresa:	
Oraș:	
Țara:	
Telefon:	
Fax:	
E-mail:	

**Firma plăitoare**

Nume:	
Adresa:	
Oraș:	
Țara:	
Telefon:	
Fax:	
E-mail:	
Cont IBAN	
Nr. Înreg. la Reg. Comerțului	
Banca	
Codul fiscal	

**Propunerea formei de plată**

Lei:	<input type="checkbox"/>
Euro:	<input type="checkbox"/>

**Tariful pentru emiterea autorizației de import paralel**

Aprobarea cererii de autorizare (conform OMS 716/2009, anexa 3, Nr. Crt. 53)	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

**Date de înregistrare a cererii (Propunător)**


**Persoana de contact**

Nume:	
Adresa:	
Oraș:	
Țara:	
Telefon:	
Fax:	
E-mail:	
Cod Fiscal:	

Semnatarii își asumă răspunderea privind corectitudinea datelor din prezentul formular.

Data.....

Deținătorul autorizației de import paralel/Persoana de contact  
Numele, semnătura, ștampila