

## FORMULAR

de plată a tarifului pentru evaluarea documentației în vedere emiterii avizului de includere a unui medicament în Lista de medicamente compensate și gratuite de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală

Denumirea medicamentului

Indicația

Forma farmaceutică, concentrația, calea de administrare

Forma farmaceutică:	
Concentrația:	
Calea de administrare :	

Deținătorul autorizației de punere pe piață

Nume :	
Adresa :	
Oraș :	

Țara :	
Telefon :	
Fax :	
E-mail :	

### Tipul procedurii de autorizare

Națională:	<input type="checkbox"/>
Centralizată:	<input type="checkbox"/>
Recunoaștere mutuală/ descentralizată:	<input type="checkbox"/>

### Statutul medicamentului

Autorizat: APP nr. /data eliberării	
--	--

### Firma plăitoare

Nume :	
Adresa :	
Oraș :	
Țara :	
Telefon :	
Fax :	
E-mail :	
Banca	
CONT IBAN	
Nr. Înreg. la Registrul Comerțului	

## Propunere a formei de plată

Lei :

Euro :

## Serviciul tarifat

### Cuquantumul tarifului în euro<sup>\*)</sup>

Evaluarea documentației în vederea emiterii avizului de includere a unui medicament în Lista de compensate și gratuite de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală

\* Cuquantumul tarifului în euro se completează de către aplicant, cu valoarea tarifului prevăzut în OMS nr. 888/2014.

## Persoana de contact/Reprezentanța în Romania

Nume :

Adresa :

Oraș :

Tara :

Telefon :

Fax :

E-mail :

Semnatarii își asumă răspunderea că datele din prezentul formular sunt corecte.

Data.....

Deținătorul autorizației de punere pe piață/  
Reprezentanța în România

Numele, semnătura, ștampila