**FORMULAR**

**PENTRU PLATA TARIFULUI PRIVIND EVALUAREA PUBLICITĂŢII PENTRU MEDICAMENTELE DE UZ UMAN**

**Denumirea medicamentului**

**Forma farmaceutică, concentraţia**

|  |  |
| --- | --- |
| Forma farmaceutică: |  |
| Concentraţia: |  |

**Deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă**

|  |  |
| --- | --- |
| Nume : |  |
| Adresa : |  |
| Oraş : |  |
| Ţara : |  |
| Telefon : |  |
| Fax : |  |
| E-mail : |  |

**Tipul procedurii de autorizare**

|  |  |
| --- | --- |
| Naţională: | □ |
| Centralizată: | □ |
| Recunoaştere mutuală/ descentralizată: | □  □ |

**Statutul medicamentului**

|  |
| --- |
| Autorizat:  APP nr. /data eliberării: |
|  |
| **Firma plătitoare** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nume : |  |
| Adresa : |  |
| Oraş : |  |
| Ţara : |  |
| Telefon : |  |
| Fax : |  |
| E-mail : |  |
| Banca : |  |
| CONT IBAN : |  |
| Nr. Înreg. la Registrul Comerţului : |  |
| Codul fiscal : |  |

|  |
| --- |
| **Propunere a formei de plată** |

|  |  |
| --- | --- |
| Lei : |  |
| Euro : |  |

**Serviciul tarifat**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Număr APP-**  **uri** | **Număr canale de comunicare** | **Perioada de valabilitate solicitată (6 luni / 12 luni)** | **Cuantumul tarifului în euro\*\*)** |
| Evaluare publicitate pentru medicamentele de uz uman |  |  |  |  |

\*\* Cuantumul tarifului în euro se completează de către aplicant, prin multiplicarea valorii tarifului prevăzut în OMS nr. 888/2014 cu următoarele: numărul de APP-uri incluse în material, numărul de canale de comunicare și valoarea 1 pentru o perioadă de valabilitate de 6 luni sau valoarea 2 pentru o perioadă de valabilitate de 12 luni.

**Date de înregistrare a cererii (canalul de comunicare, data anticipată pentru începerea difuzării publicitaţii)**

|  |  |
| --- | --- |
| Denumire material: |  |
| Tip material: |  |
| * Material principal * Material tip reminder | |
| Canalul de  comunicare: |  |
| Data anticipată pentru începerea difuzării publicităţii: |  |

**Persoana de contact / Reprezentanţa în Romania**

|  |  |
| --- | --- |
| Nume : |  |
| Adresa : |  |
| Oraş : |  |
| Tara : |  |
| Telefon : |  |
| Fax : |  |
| E-mail : |  |

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

Data……………….

Deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă/ Reprezentanţa în Romania

Numele, semnătura, ştampila