

**FORMULAR
PENTRU PLATA TARIFULUI PENTRU
VARIAȚIILE LA AUTORIZAȚIILE DE
IMPORT PARALEL**

Denumirea medicamentului comercializat în România

--

Forma farmaceutică, concentrația, calea de administrare

Forma farmaceutică:	
Concentrația:	
Calea de administrare :	

Deținătorul autorizației de import paralel

Nume :	
Adresă :	
Oraș :	
Țară :	
Telefon :	
Fax :	
E-mail :	

Statutul medicamentului

Autorizație de Import Paralel nr...../data eliberării.....	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Firma plătitoare

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

Propunere a formei de plată

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

Serviciul tarifat

Aprobarea cererii de variație (conform OMS 868/07.09.2012, Art. I.2. Nr. Crt. 54)	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Date de înregistrare a cererii (Propunător)

Persoana de contact

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

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

Data.....

Deținătorul autorizației de punere pe piață/Reprezentanța în România
Numele, semnătura, ștampila