

**FORMULAR
PENTRU PLATA TARIFULUI PENTRU
VARIAȚIILE TIP IA, TIP IB, TIP II,
TRANSFERUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE
PE PIAȚĂ ȘI ALTE MODIFICĂRI LA
AUTORIZAȚIA DE PUNERE PE PIAȚĂ
PENTRU MEDICAMENTELE AUTORIZATE
PRIN PROCEDURĂ NAȚIONALĂ**

Denumirea medicamentului

--

Form(a)/(ele) farmaceutic(ă)/(e), concentrația

Forma farmaceutică:	
Concentrația:	

Deținătorul autorizației de punere pe piață

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

Statutul medicamentului

Autorizat : APP nr...../data eliberării	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Firma plătitoare

Nume :	
Adresă :	
Oraș :	
Țară :	
Telefon :	
Fax :	
E-mail :	
Cod Fiscal :	
Nr. înreg. la Registrul Comerțului	
Cont IBAN :	
Banca :	

Propunere a formei de plată

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

Serviciul tarifat*

		Quantumul tarifului in euro conform OMS nr. 888/2014**)
Evaluarea cererii de variație tip IA și tip IA care definește grupul	<input type="checkbox"/> (se indică tipul variației)	
Evaluarea cererii de variație tip IB și tip IB care definește grupul	<input type="checkbox"/> (se indică tipul variației)	
Evaluarea cererii de variație tip II și tip II care definește grupul	<input type="checkbox"/> (se indică tipul variației)	
Evaluarea cererii de variație tip IA inclusă în grup	<input type="checkbox"/> (se indică tipul/ numărul variației/ variațiilor)	
Evaluarea cererii de variație tip IB inclusă în grup	<input type="checkbox"/> (se indică tipul/ numărul variației/ variațiilor)	
Evaluarea cererii de variație tip II inclusă în grup	<input type="checkbox"/> (se indică tipul/ numărul variației/ variațiilor)	

Evaluarea cererii de transfer a autorizației de punere pe piață		
Evaluarea cererii privind modificările designului și inscripționării ambalajului medicamentelor de uz uman, precum și modificările prospectului și rezumatului caracteristicilor produsului, altele decât cele datorate unor variații de tip IA, IB și II, conf. OMSP 1205/2006		

*serviciul este tarifat per concentrație medicament/formă farmaceutică medicament

**) Cuantumul tarifului in euro se va completa de către aplicant

Persoana de contact/Reprezentanța în România

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