

**FORMULAR
PENTRU PLATA TARIFULUI PRIVIND
ELIBERAREA CERTIFICATULUI
PRODUSULUI MEDICAMENTOS ÎN FORMAT
OMS**

Denumirea produsului

--

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"/>
Recunoaștere mutuală sau descentralizată	<input type="checkbox"/>

Statutul produsului

Autorizat : APP nr. .../data eliberării	<input type="checkbox"/>
În curs de autorizare/data depunerii cererii de autorizare	<input type="checkbox"/>
Neautorizat în România	<input type="checkbox"/>

Plătitor

Nume :	
Adresa :	
Oraș :	
Țara :	
Telefon :	
Fax :	
E-mail :	
Cod fiscal	
Număr de Înregistrare la Registrul Comerțului	
Banca	
Cont IBAN	

Propunere a formei de plată

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

Serviciul tarifat

Denumirea activității		Cuquantumul tarifului în euro conform OMS nr. 888/2014*)
Eliberarea certificatului produsului medicamentos în format OMS	<input type="checkbox"/>	

* Cuquantumul tarifului în euro se completează de către aplicant.

Persoana de contact / Reprezentanța în România

Nume :	
Adresa :	
Oraș :	
Țara :	
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