

**FORMULAR
PENTRU PLATA TARIFULUI PRIVIND
EVALUAREA PUBLICITĂȚII PENTRU
MEDICAMENTELE DE UZ UMAN**

Denumirea medicamentului

Forma farmaceutică, concentrația

Forma farmaceutică:

Concentrația:

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 plătitoare

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

Canalul de comunicare:	
Data anticipată pentru începerea difuzării publicității:	

Persoana de contact / Reprezentanța în România

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