

**FORMULAR
PENTRU PLATA TARIFULUI PENTRU VARIAȚIILE
LA AUTORIZAȚIILE DE IMPORT PARALEL
CONFORM OMS NR. 888/2014 PENTRU
MEDICAMENTELE PROPUSE PRIN
PROCEDURĂ NAȚIONALĂ**

Denumirea medicamentului comercializat în România

--

Forma farmaceutică, concentrația, calea de administrare

Forma farmaceutică:	
Concentrația:	
Calea de administrare :	

Deținătorul autorizației de import paralel

Nume :	
Adresa :	
Oraș :	
Țara :	
Telefon :	
Fax :	
E-mail :	

Statutul medicamentului

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

Firma plătitoare

Nume :	
Adresa :	
Oraș :	
Țara :	
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"/>

Tariful pentru emiterea variației la autorizația de import paralel conform OMS Nr. 888/2014

Denumirea activității		Cuquantumul tarifului în euro conform OMS nr. 888/2014^{*)}
Aprobarea cererii de variație	<input type="checkbox"/>	

^{*)} Cuquantumul tarifului în euro se va completa de către aplicant

Date de înregistrare a cererii (Propunător, ANMDMR)

Persoana de contact

Nume :	
Adresa :	
Oraș :	
Țara :	
Telefon :	
Fax :	
E-mail :	

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

Data.....

Deținătorul autorizației de import paralel

Numele, semnătura, ștampila