

**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"/>

### Firma plătitoare

Nume :	
Adresa :	
Oraș :	
Țara :	
Telefon :	
Fax :	
E-mail :	
Cont IBAN	
Nr. Înreg.la Reg. Comerțului	
Banca	

### Propunerea formei de plată

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

**Serviciul tarifat**

Eliberarea certificatului produsului medicamentos în format OMS

**Date de înregistrare a cererii (Propunător, ANM)**


**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