|  |
| --- |
| **FORMULAR**  **PENTRU PLATA TARIFULUI DE AUTORIZARE A UNITĂŢII SANITARE PENTRU DESFĂŞURAREA DE STUDII CLINICE DE FAZĂ I ŞI/SAU BIOECHIVALENŢĂ ÎN DOMENIUL MEDICAMENTELOR DE UZ UMAN** |

|  |
| --- |
| **Solicitant\*** |

|  |  |
| --- | --- |
| Numărul autorizaţiei (dacă a mai fost autorizat): |  |
| Nume : |  |
| Adresa : |  |
| Oraş : |  |
| Ţara : |  |
| Telefon : |  |
| Fax : |  |
| E-mail : |  |

\*se completeaza cu detaliile unitatii sanitare solicitante

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma plătitoare** | |
| Nume : |  | |
| Adresa : |  | |
| Oraş : |  | |
| Ţara : |  | |
| Telefon : |  | |
| Fax : |  | |
| E-mail : |  | |
| Cod Fiscal : |  | |
| Nr. Înreg. la Registrul Comerţului |  | |
| Cont IBAN : |  | |
| Banca : |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Propunere a formei de plată** | |
| Lei : |  | |
| Euro : |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tariful pentru autorizarea unităţii medicale pentru desfăşurarea de studii clinice de fază I şi/sau bioechivalenţă** | | **Cuantumul tarifului in Euro conform OMS nr. 888/2014\*\*)** | |
| 3218 | Autorizarea unităţii medicale pentru desfăşurarea de studii clinice de fază I şi/sau bioechivalenţă | |  | |

\*\* cuantumul tarifului in euro se completează de către aplicant, conform OMS nr. 888/2014, cu modificările și completările ulterioare.

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

Data : ……………

Numele, semnătura, ştampila ………………………