|  |
| --- |
| **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 ………………………