

FORMULAR
PENTRU PLATA TARIFULUI DE AUTORIZARE A
UNITĂȚII SANITARE PENTRU DESFĂȘURAREA DE
STUDII CLINICE DE FAZĂ I ȘI/SAU
BIOECHIVALENȚĂ ÎN DOMENIUL
MEDICAMENTELOR DE UZ UMAN

Solicitant*

Numărul autorizației (dacă a mai fost autorizat):	
Nume :	
Adresa :	
Oraș :	
Țara :	
Telefon :	
Fax :	
E-mail :	

*se completeaza cu detaliile unitatii sanitare solicitante

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 :	☐
Euro :	☐

Tariful pentru autorizarea unității medicale pentru desfășurarea de studii clinice de fază I și/sau bioechivalență		Cuantumul tarifului in Euro conform OMS nr. 888/2014 ^{**})
32 ¹⁸	Autorizarea unității medicale pentru desfășurarea de studii clinice de fază I și/sau bioechivalență	

^{**} 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, ștampila