

Begäran om anslutning till Läkemedelsförsäkringen

Vårt företag önskar delta i läkemedelsförsäkringen och emotser handlingar för anslutning

Företagets namn:.....

Företagets adress:.....

.....

Organisationsnummer/VAT-nummer.....

Kontaktperson namn, telefon, e-post.....

.....

Ort och datum:.....

Firmatecknare:.....

Namnförtydligande:.....

Vårt företags verksamhet är:

- Tillverkning, försäljning
- Forskning och utveckling (kliniska prövningar)
- Distributör, detaljist
- CRO (Clinical Research Organisation)

Vid försäljning, tillverkning, distribution eller detaljist ange vilka läkemedel Som tillhandahålls i Sverige:

.....

.....

.....

.....

Vid Forskning och Utveckling (FoU) ange följande:

ID nr för klinisk prövning:

Prövningen godkänd av etisk prövningsnämnd i:

Antal patienter som beräknas ingå i prövningen:

Prövningen gäller FAS:

Prövningen beräknas vara avslutad ÅÅÅÅMM:

Skickas till:

LFF Service AB
Box 17608
118 92 Stockholm

E-post: info@lakemedelsforsakringen.se