

Голові Форумлярного комітету

(прізвище, ім'я, по батькові)

Додаток
до Положення про регіональний
формуляр лікарських засобів

**Заявка щодо включення/виключення
лікарського засобу до/з
Регіонального формуляра**

(Заповнюється лікарем)

1. Назва лікарського засобу:

1.1. Торгова назва лікарського засобу _____

1.2. Міжнародна непатентована назва лікарського засобу _____

2. Лікарська форма і дозування _____

3. Показання для медичного застосування

(продовжити, скільки потрібно)

4. Заява про наявність фінансових або інших інтересів щодо заявленого лікарського засобу

5. Заявка подана

(заклад охорони здоров'я, відділення, лікар - П.І.Б.)

(дата)

(підпис)

6. Висновок Форумлярного комітету Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управлінь охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій (фармакотерапевтичної комісії закладу охорони здоров'я) _____

(дата)

Голова Форумлярного комітету

(підпис)

(прізвище, ім'я,
по батькові, посада)