



Søknad om endring av parallellimportert legemiddel

Preparatnavn	
Legemiddelform og styrke	
MT(PI)nr	
Eksportland	
Preparatnavn i eksportlandet	

Endringen gjelder:

(kryss av for ett eller flere alternativer og beskriv endringen i eget vedlegg)

- * Endret navn og/eller adresse for innehaver av markedsføringstillatelse for parallellimportert legemiddel
- * Preparatnavn
- Fullmektig
- Ompakking
- Pakningsstørrelse
- Pakningstype
- MT-innehaver i eksportlandet
- Tilvirker
- MTnr i eksportlandet
- Utseende på legemiddelet
- Sammensetning
- Holdbarhetstid/Oppbevaringsbetingelser
- Annet:

Hvis endringen medfører endring i produktinformasjonen skal det vedlegges nye utkast, kryss av for vedlegg:

Utkast til nytt pakningsvedlegg

Utkast til ny merking

* Kopi av kvittering for betalt avgift vedlegges.

Firmanavn:

Adresse:

Telefon og faksnr:

e-post:

Kontaktperson:

Dato

Søkers underskrift