

PRODUKTMEDELANDE

Datum: _____

Avsändare (företag/kontaktperson):

Mottagare:

Finlands Apotekareförbund
Lilla Robertsgatan 14 C
FI-00120 Helsingfors, Finland
Tel. +358 10 6801 400

Tel. _____

E-post _____

E-post: taksa@apteekkariliitto.fi

Datum för ikraftträdande på apoteket (se FAF:s publiceringstidtabell) _____

- NY PRODUKT NAMNÄNDRING PRISÄNDRING ANNAN ÄNDRING
 UTGÅENDE PRODUKT (PU) PRODUKTEN AVLÄGSNAS OMEDELBART UR LÄKEMEDELSREGISTRET*)

*) Företaget bör informera apoteken om att produkten tas bort (ur taxan)

Varunummer, Vnr (från Lääkietietokeskus): _____

Produktens namn: _____

Läkemedelsform: _____

Styrka: _____

Förpackningsstorlek: _____

Förpackningens nettovikt (g, ml), endast för allmänna handelsvaror: _____

Förpackningstyp: blisterförp. (fol) burk unit dose annan, vilken? _____

Partipris exkl. mervärdesskatt: _____ €

- Produkttyp/grupp: receptpreparat egenvårdspreparat CE-märkt produkt
 specialtillståndspreparat preparat med temporärt specialtillstånd
 växtbaserat läkemedel traditionellt växtbaserat läkemedel
 homeopatiskt eller antroposofiskt preparat allmän handelsvara
 moms 14 % moms 24 %

Är priset godkänt av Läkemedelsprishänsynsmyndigheten? ja nejOmfattas produkten av läkemedelsbyte? ja nej

Substitutionsgrupp: _____

Beställningsnummer: _____ Streckkod i nummerform: _____

Partiaffär: _____ Partiförpackning: _____

Innehavare av försäljningstillståndet: _____ Marknadsförare: _____

Försäljningstillståndets nr: _____

Ändring av innehavare av försäljningstillståndet:

Föregående innehavare: _____

Ny innehavare: _____

Verksam ämne och ATC-kod: _____

Är det förbjudet att returnera preparatet från apoteket till partiaffären? ja nej

Övrigt: _____