**Anexa Nr. 6 la norme**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CERERE** | | | | | | | | | | |
| **de aprobare a preţurilor la medicamente pentru care DAPP solicită diminuarea voluntară a preţului de producător** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **I. A.** Pentru preţul aprobat în Canamed, ........................, deţinător/reprezentant al deţinătorului autorizaţiei de punere pe piaţă, solicit emiterea ordinului privind preţul maximal de producător, preţul maximal cu ridicata şi cu amănuntul pentru produsul/produsele pentru care diminuez voluntar nivelul de preţ de producător, după cum urmează: | | | | | | | | | | |
| Denumirea produsului\*) | Formă farmaceutică\*) | Formă de ambalare\*) | DCI\*) | CIM | Cod produs  (GTIN/PPN) | DAPP | Preţ producător actual | Preţ producător diminuat | Preţ cu ridicata | Preţ cu amănuntul |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*) Datele vor fi trecute în tabele în conformitate cu autorizaţia de punere pe piaţă. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Vă declar că nivelul/nivelurile preţului/preţurilor de producător respectă preţurile aprobate în Canamed. | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B.** Pentru preţul aprobat în Catalogul public, ............................., deţinător/reprezentant al deţinătorului autorizaţiei de punere pe piaţă, solicit emiterea ordinului privind preţul maximal de producător, preţul maximal cu ridicata şi cu amănuntul pentru produsul/produsele pentru care diminuez voluntar nivelul de preţ de producător, după cum urmează: | | | | | | | | | | |
| Denumirea produsului\*) | Formă farmaceutică\*) | Formă de ambalare\*) | DCI\*) | CIM | Cod produs  (GTIN/PPN) | DAPP | Preţ producător actual | Preţ producător diminuat | Preţ cu ridicata | Preţ cu amănuntul |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*) Datele vor fi trecute în tabele în conformitate cu autorizaţia de punere pe piaţă. | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **II.** Declar că informaţiile şi documentele prezentate respectă Normele privind modul de calcul şi procedura de aprobare a preţurilor maximale ale medicamentelor de uz uman, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 368/2017, cu modificările şi completările ulterioare. |
|  |
| Date de contact: .................................... |
| (Compania) Nume: ................................ |
| Adresa: ................................................. |
| Telefon: ................................................. |
| E-mail: .................................................. |
| Numele persoanei de contact pe probleme de preţuri: ................................................. |
| Data: .................................................... |
| Semnătura: ........................................... |