**Anexa Nr. 5  la norme**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CERERE** | | | | | | | | | | | | | |
| **de aprobare a preţurilor în condiţiile art. 51** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| I. A. Pentru preţul aprobat în Canamed, ...................., deţinător/reprezentant al deţinătorului autorizaţiei de punere pe piaţă, solicit emiterea ordinului privind preţul maximal de producător, a preţului maximal cu ridicata şi cu amănuntul pentru produsul/produsele: | | | | | | | | | | | | | |
| Denumirea produsului\*) VECHI | Denumirea produsului\*) NOU | Formă farmaceutică\*) | Formă de ambalare\*) | DCI\*) | CIM VECHI | Cod produs  (GTIN/PPN) VECHI | CIM NOU | Cod produs  (GTIN/ PPN) NOU | DAPP VECHI | DAPP NOU | Preţ producător | Preţ cu ridicata fără TVA maximal | Preţ cu amănuntul cu TVA maximal |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*) 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, a preţului maximal cu ridicata şi cu amănuntul pentru produsul/produsele: | | | | | | | | | | | | | |
| Denumirea produsului\*) VECHI | Denumirea produsului\*) NOU | Formă farmaceutică\*) | Formă de ambalare\*) | DCI\*) | CIM VECHI | Cod produs  (GTIN/PPN) VECHI | CIM NOU | Cod produs  (GTIN/ PPN) NOU | DAPP VECHI | DAPP NOU | Preţ producător | Preţ cu ridicata fără TVA maximal | Preţ cu amănuntul cu TVA maximal |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*) 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: ................... |