**Søknad om endring av parallellimportert legemiddel**

Send ferdig utfylt skjema til post@dmp.no.

|  |
| --- |
| **Opplysninger om preparatet** |
| Preparatnavn:       |
| Legemiddelform og styrke:       |
| MT(PI)nr.:       |
| Eksportland:       |
| Preparatnavn i eksportlandet:       |

|  |
| --- |
| **Opplysninger om endringen** |
| **Endringen gjelder:***(kryss av for ett eller flere alternativer og beskriv endringen i eget vedlegg)* |
| [ ]  MT-innehaver i eksportlandet [ ]  MT-nr. i eksportlandet[ ]  Tilvirker[ ]  Oppdatering av pakningsvedlegg[ ]  Ompakking/ometikettering[ ]  Nye pakningsstørrelser[ ]  Oppbevaringsbetingelser/holdbarhetstid[ ]  Utseende på legemiddelet[ ]  Sammensetning[ ]  Navn og/eller adresseendring for MT(PI)-innehaver[ ]  Transfer[ ]  Annet:       |
| Hvis endringen medfører endring produktinformasjonen, skal det vedlegges nye utkast. Kryss av for vedlegg: [ ]  Utkast til nytt pakningsvedlegg[ ]  Utkast til ny merking |

|  |
| --- |
| **Opplysninger om MT(PI)-innehaver** |
| Firmanavn:       |
| Adresse:       |
| Telefon:       | E-post:       |
| Kontaktperson:       |
| Dato:       | Søkers underskrift: |