**Søknad om fornyet markedsførings-tillatelse for parallellimportert legemiddel**

Send ferdig utfylt skjema til post@dmp.no.

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

|  |
| --- |
| **Opplysninger om MT(PI)-innehaver** |
| Firmanavn:       |
| Adresse:       |
| Fakturaadresse:       |

|  |
| --- |
| **Opplysninger om kontaktperson** |
| Navn:       |
| Telefon:       |
| E-post:       |
| Dato:      | Søkers underskrift: |