

WZÓR

Zapotrzebowanie
na sprowadzenie z zagranicy produktu leczniczego nieposiadającego pozwolenia na
dopuszczenie do obrotu, niezbędnego dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta

Część A

..... dnia r.

.....
(nazwa wystawiającego zapotrzebowanie)
.....
(kod pocztowy, adres)
.....
(numer telefonu, telefaksu)

.....
(imię, nazwisko, wiek chorego)

.....
(adres)

.....
(numer PESEL)

.....
(nazwa i identyfikator oddziału Funduszu)

(stempel wnioskodawcy)

produkt leczniczy

1)

.....
(nazwa produktu leczniczego)

2)

.....
(nazwa powszechnie stosowana)

3)

.....
(postać farmaceutyczna, dawka)

4)

.....
(określenie ilości produktu leczniczego)

5)

.....
(czas trwania kuracji)

6)

.....
(nazwa wytwórcy)

Wystawiający zapotrzebowanie jest świadomy, że zamawia produkt leczniczy niedopuszczony do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; przedmiotowy produkt leczniczy będzie stosowany na odpowiedzialność wystawiającego zapotrzebowanie.

.....
(podpis i pieczęć lekarza prowadzącego leczenie)*

.....
(podpis i pieczęć dyrektora szpitala lub osoby
upoważnionej przez dyrektora szpitala)*

.....
(podpis i pieczęć konsultanta z danej dziedziny medycyny)

* wypełnić jeżeli dotyczy