ФОРМА ЗАЯВКИ НА УЧАСТЕ ПРОСТАВЩИКА (ИМПОРТЕРА, ДИСТРИБЬЮТОРА ИЛИ ПРОИЗВОДИТЕЛЯ) ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА В СИСТЕМЕ РЕИМБУРСАЦИИ

1. Бюджетный цикл: 20\_\_\_ г.
2. Полное название заявителя, включая организационно-правовую форму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Сокращенное название заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Категория заявителя:

Поставщик Импортер Производитель

Другая (указать): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Юридический адрес заявителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Физический адрес заявителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Код \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Контактная информация заявителя

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО контактного лица в РУ, ответственного за работу по системе реимбурсации | Должность | Телефон | Электронная почта для контактов с Фондом | Адрес |
|  |  |  |  |  |

1. Лекарственное (-ые) средство (-а), которые подаются на возмещение (каждая дозировка и лекарственная форма указывается в отдельной строчке)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| МНН | Торговое наименование | Дозировка, лекарственная форма, упаковка, количество единиц в упаковке | Цена (за единицу дозировки), предлагаемая для программы реимбурсации на указанный бюджетный цикл | Цена (за упаковку), предлагаемая для программы реимбурсации на указанный бюджетный цикл | Референтная розничная цена действительная на дату подачи заявки | Референтная оптовая цена действительная на дату подачи заявки |
|  |  |  |  |  |  |  |

Подтверждаю поставку указанных в п. 9 лекарственных средств в количестве достаточном для удовлетворения клинических потребностей населения в регионах, охваченных программой реимбурсации.

Подтверждаю указанные цены на бюджетный цикл.

Подтверждаю достоверность сведений, указанных в заявке и в приложениях и соответствие электронных версий приложенных документов оригиналам.

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель заявителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО, должность Место печати

Приложения к заявке. Приложения подаются в электронном виде вместе с заявкой. Каждая страница приложения должна быть заверена фразой «копия (или скан) соответствует оригиналу», датой, подписью руководителя и печатью заявителя.

1. Свидетельство о государственной регистрации юридического лица заявителя или физического лица-субъекта предпринимательской деятельности

2. Лицензия на право ведения деятельности, связанной с производством или обращением лекарственных средств

3. В случае подачи заявки от другого лица, доверенность, оформленная в установленном порядке

4. Регистрационное свидетельство на лекарственные средства, указанные в п. 9

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Торговое наименование ЛС, дозировка, лекарственная форма (в случае, если свидетельство распространяется на несколько дозировок или лекарственных форм, указать все | Номер регистрационного свидетельства | Действительно до |
|  |  |  |

5. Скан соответствующей части реестра референтных цен на дату подачи заявки. Подается только те разделы (части), в которых указаны лекарственные средства, перечисленные в заявке, и их референтные цены. В случае невозможности приложить скан, ГФМС принимает выписку из реестра.

6. Другое (указать наименование документа, реквизиты и причину их подачи).

­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_