**Søknad om endring av parallellimportert legemiddel**

Send ferdig utfylt skjema til [post@dmp.no](mailto: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: |