**Søknad om fornyet markedsførings-tillatelse for 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: | |
| Godkjente pakningsstørrelser: | |

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

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