

ALTERACIÓN DE LA OFERTA

LABORATORIO

Nombre comercial			Nº Clave Ofertante
Domicilio: calle o plaza	Localidad y Código Postal	Provincia	Teléfono

SOLICITA AUTORIZACIÓN PARA MODIFICAR EL CUPÓN PRECINTO POR:.....
 (nombre del medicamento y del laboratorio ofertante).

PRESENTACIÓN FARMACÉUTICA

Nombre		Código Nacional	
Forma Farmacéutica	Tamaño y dosis	P.V.P. (I.V.A.)	Subgrupo Terapéutico
Datos anteriores		Nuevos datos	

Documentación que acompaña:

- Fotocopia de la autorización emitida por la Agencia Española del Medicamento para la modificación producida.
- Un nuevo ejemplar de cupón precinto de la A.S.S.S. en el recuadro de Nuevos Datos en el caso de que se modifique alguno de estos.

Enade..... de 20..

EL REPRESENTANTE DEL LABORATORIO

SE AUTORIZA ESTA ALTERACIÓN DE LA OFERTA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Madrid, en la fecha de la firma
El Subdirector General de Farmacia

Javier García del Pozo

ENVASE CLÍNICO (ALTERACIÓN)

LABORATORIO

Nombre comercial		Nº Clave Ofertante
Domicilio: calle o plaza	Localidad y Código Postal	Provincia
		Teléfono

COMUNICA LA VARIACIÓN PRODUCIDA EN EL SIGUIENTE ENVASE CLÍNICO, POR (indicar motivo).....

(nombre del medicamento y del laboratorio ofertante).

Nombre		Código Nacional
Forma Farmacéutica	Tamaño y dosis	Principio Activo
Datos anteriores		Nuevos datos

Documentación que acompaña:

Fotocopia del documento acreditativo de la autorización del envase clínico emitido por la Agencia Española del Medicamento de la modificación efectuada

Enade..... de 20..

EL REPRESENTANTE DEL LABORATORIO

SE AUTORIZA ESTA ALTERACIÓN DE LA OFERTA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Madrid, en la fecha de la firma
El Subdirector General de Farmacia

Javier García del Pozo