

Begäran om anslutning till Läkemedelsförsäkringen

Vårt företag önskar vara med i läkemedelsförsäkringen och därmed bli aktieägare i LFF Service AB.

Företagets namn:.....

Företagets adress:.....

.....

Organisationsnummer:.....

Kontaktperson namn, telefon, e-post.....

.....

Ort och datum:.....

Firmatecknare:.....

Namnförtydligande:.....

Vårt företags verksamhet är:

- Tillverkning, försäljning
- Forskning och utveckling (kliniska prövningar)
- Distributör, detaljist
- CRO (Clinical Research Organisation)

Om försäljning, tillverkning, distribution eller detaljist - ange vilka läkemedel som tillhandahålls i Sverige:

.....

.....

.....

.....

Om Forskning och Utveckling (FoU) ange följande:

ID nr för respektive prövning:

.....

Prövningen godkänd/skall skickas till Etisk prövningsnämnd i

Antal patienter som beräknas ingå i prövningen under innevarande år.....

Prövningen gäller FAS:.....

Prövningen beräknas vara avslutad ÅÅÅÅMM:.....

Om CRO ange följande:

Under innevarande år antal patienter som beräknas ingå i prövning/ar vars sponsor inte är med i läkemedelsförsäkringen:

Skickas till:

LFF Service AB
Box 17608
118 92 Stockholm

E-post: info@lakemedelsforsakringen.se