



Typ av förbrukningsartikel

- Tillföra kroppen läkemedel Stomi Egenkontroll av medicinering

Företagets namn, organisationsnummer och adress

--

Kontaktpersoners namn, telefon, fax och e-post

--

Förbrukningsartiklar

	Produktnamn	Förpackningstext (max 70 tecken)	Antal/förpackning	Begärt AIP
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Patientkategori

--

Beräknat antal patienter

--

Genomsnittlig kostnad per dag
(beräkningsunderlag ska bifogas)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

**Kalkylerad omsättning vid
fullskalig försäljning (AIP)**

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Jämförbara förbrukningsartiklar eller behandlingar (underlag ska bifogas)

Under respektive punkt anges jämförelser per sökt förbrukningsartikel enligt ovan. Samtliga jämförelser för den förbrukningsartikel som angetts ovan ska anges under motsvarande punkt nedan.

	Varunummer	Produktnamn, förpackning, antal	AIP
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Det sökande företaget intygar härmed att produkterna är korrekt CE-märkta.

Det sökande företaget samtycker härmed till att denna ansökan med samtliga bilagor får lämnas ut till Landstingens läkemedelsförmånsgrupp i samband med överläggning med TLV i enlighet med 9 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Landstingens läkemedelsförmånsgrupp har försäkrat att uppgifterna inte kommer att lämnas vidare eller utnyttjas i annat syfte än att överlägga med TLV.

Bilagor:

- Hälsoekonomisk analys
- Underlag för genomsnittlig kostnad per dag
- Underlag för jämförbara produkter etc.
- Bruksanvisning på svenska

Övriga handlingar:

Alla uppgifter måste vara ifyllda för att ansökan ska anses vara komplett.

Underskrift

Datum

Namnteckning

- Handling som styrker att undertecknaren är behörig finns hos TLV.
- Handling som styrker att undertecknaren är behörig bifogas.

Ansökan skickas till:

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
Box 225 20
104 22 Stockholm