

## ANSÖKAN - om att ingå i läkemedelsförmånerna samt om pris på förbrukningsartikel

Prisändring Datum för prisändring: \_\_\_\_\_

Ny förbrukningsartikel  Utträde ur förmånssystemet Datum för utträde: \_\_\_\_\_

Hyrespris  Servicepris

Företagets namn och adress
Kontaktpersoners namn, telefon, faxnummer och e-post
Moderbolagets hemland

### Förbrukningsartiklar

Tillföra läkemedel  Kontroll av medicinering  Stomi

Varugrupperingskod	Varunummer	Streckkod/ EAN-kod	Namn, förpackning, storlek	Begärt AIP	Fastställt AIP
Hälsoekonomisk utvärdering bilägges			Reklamationssystem		
Övrig dokumentation, se bilaga					
Kalkylerad omsättning 1:a året, första 12 mån, SEK AIP		Kalkylerad omsättning 2:a året, SEK AIP		Kalkylerad omsättning vid fullskaleförsäljning, SEK AIP	

### Priser i SEK AIP

Representativ förpackning			Valutadatum
DK	SF	N-	ISL
Pris i tillverkningslandet			

### Jämförbara artiklar

Varunummer	Namn, förpackning, storlek	AIP	AUP

**Prisändring**

## Vara 1

Varunummer	Varans namn				
Gällande AIP	Begärt AIP	Förändring, kr	Förändring, %	Försäljning, antal	Prisändr.effekt, kr

## Vara 2

Varunummer	Varans namn				
Gällande AIP	Begärt AIP	Förändring, kr	Förändring, %	Försäljning, antal	Prisändr.effekt, kr

## Vara 3

Varunummer	Varans namn				
Gällande AIP	Begärt AIP	Förändring, kr	Förändring, %	Försäljning, antal	Prisändr.effekt, kr

## Vara 4

Varunummer	Varans namn				
Gällande AIP	Begärt AIP	Förändring, kr	Förändring, %	Försäljning, antal	Prisändr.effekt, kr

**Skäl till ansökan om ändring****Eftergift av sekretess**

- Undertecknat företag 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.

**Underskrift**

..... (Datum)	..... (Namnteckning)