**Latvijas Zāļu valsts aģentūrai**

**Iesniegums par iespēju saņemt**

**zinātnisko konsultāciju**

1. **Iesniedzējs:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Uzņēmuma nosaukums:** |  | |
| **Reģistrācijas numurs:** |  | |
| **Adrese:** |  | **Tālrunis:**  **E-pasts:** |
| **Bankas informācija:** |  |  |
| **Kontaktpersona:** |  |  |
| **Amats:** |  |

1. **Kontaktpersona finanšu jautājumos** (lūdzam aizpildīt, ja informācija ir atšķirīga no iepriekš norādītā):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Uzņēmuma nosaukums:** |  | |
| **Reģistrācijas numurs:** |  | |
| **Adrese** |  | **Tālrunis:**  **E-pasts:** |
| **Bankas informācija:** |  | |
| **Kontaktpersona:** |  | |
| **Amats:** |  | |

1. **Produkta informācija**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aktīvās vielas un produkta nosaukums**  **(ja piemērojams):** |  |
| **Indikācija:** |  |
| **ATĶ kods (ja zināms):** |  |
| **Aktīvās vielas veids:** | Ķīmiskas izcelsmes  Bioloģiskas izcelsmes  Augu izcelsmes |
| **Zāļu forma:** |  |
| **Izsniegšanas kārtība:** | Recepšu  Bezrecepšu  Vēl nav piešķirts |
| **Vai šis produkts pašlaik tiek izplatīts kādā ES dalībvalstī?** | Jā, lūdzam norādīt  Nē |
| **Esošā / plānotā reģistrācijas procedūra:** | Nacionālā  MRP  DCP  CAP |
| **Vai kādā ES dalībvalstī pašlaik tiek veikta šī produkta vērtēšana?** | Jā, lūdzam norādīt  Nē |

1. **Informācija par pieprasīto zinātnisko konsultāciju:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Konsultācija ir saistīta ar iespējamu:** | Klīnisko izpēti  Veselības aprūpē izmantojamu tehnoloģiju novērtējumu  Zāļu reģistrāciju/pārreģistrāciju  Izmaiņām zāļu reģistrācijas dokumentācijā  Cits, lūdzam norādīt |
| **Konsultācijas joma**  **(lūdzam atzīmēt visu atbilstošo)** | Regulatorie jautājumi  Zāļu kvalitātes jautājumi  Neklīniskā izpēte/dati  Farmakokinētika  Klīniskā izpēte  Statistika  Farmakovigilance / Riska pārvaldības plāns  Ārstnieciskā un izmaksu efektivitāte  Cits, lūdzam norādīt |
| **Lūdzam norādīt jautājumus, kurus plānojat iesniegt šīs zinātniskās konsultācijas saņemšanas ietvaros:** | |
| **Vai par šo produktu tika pieprasītas vai tiks pieprasītas citas zinātniskās konsultācijas?** | Jā  Nē |
| **Ja atbilde uz iepriekšējo jautājumu ir “Jā”, lūdzam norādīt sīkāku informāciju par saņemtajām un plānotajām zinātniskajām konsultācijām un iesniegt saistītos dokumentus par tām:** | |
| **Citas piezīmes:** | |

1. **Pielikumi:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **Apliecinu, ka iesniegumā norādītā informācija, iesniegumam pievienotie dokumenti un cita informācija ir precīza un patiesa:**

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. vārds un uzvārds |  |
| * 1. amats |  |
| * 1. adrese |  |
| * 1. tālrunis, e-pasts |  |

1. Piekrītu pieņemt norēķinu dokumentus par pakalpojumu “Zinātniskā konsultācija”[[1]](#footnote-1) bez paraksta, kas nosūtīti no Zāļu valsts aģentūras e- pasta adreses [rekini@zva.gov.lv](mailto:rekini@zva.gov.lv) uz iesnieguma iesniedzēja norādīto e-pasta adresi.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| , |  |  |
| (vieta, datums) |  | (paraksts) |

(paraksta persona, kurai ir pārstāvības tiesības)

Piezīme. Dokumenta rekvizītu "paraksts" neaizpilda, ja dokuments ir sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

1. Ministru kabineta 2019. gada 10. decembra noteikumu Nr.641 “[Zāļu valsts aģentūras maksas pakalpojumu cenrādis](https://likumi.lv/ta/id/311501#piel)” pielikuma 8. punkts [↑](#footnote-ref-1)