ANEXA

Lista actualizată a medicamentelor pentru care se datorează contribuţie trimestrială, aferentă trimestrului…….. anul ……

Nr. crt.	Cod CIM (W)	Denumire comercială	DCI	Cod ATC	Forma farmaceutică	Concentrația	Ambalaj – descriere completă	Nr. U.T./ ambalaj (format numeric)	Denumire completa a deținătorului APP	Țara deținătorului APP	Denumirea reprezentantului	CUI reprezentant	Adresa poștală completă a reprezentantului	Telefon	Fax	E-mail corespondență	Numele și prenumele persoanei de contact	Telefonul persoanei de contact
1																		
2																		
…																		

Subsemnatul……., în calitate de……., cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul în declaraţii, declar pe propria răspundere că toate informaţiile şi datele cuprinse în Lista medicamentelor pentru care se datorează contribuţie trimestrială, aferentă trimestrului…….. anul ……., sunt complete, conforme cu realitatea şi formatul electronic transmis în data de …….

Data ……

Numele şi prenumele în clar ……

Funcţia ……

Semnătura (olografă sau electronică extinsă/calificată)…….