**Vstupní formulář k návrhu o zařazení zdravotnických prostředků (ZUM) do Úhradového katalogu VZP – ZP**

Navrhovatel prohlašuje, že veškeré informace obsažené v návrhu, jakož i v připojených dokumentech, případně informace, které budou VZP ČR předány v souvislosti s vyřízením návrhu, jsou pravdivé, úplné a správné. Zejména prohlašuje, že prohlášení o shodě a návod k použití obsahují veškeré náležitosti vyžadované příslušnými právními předpisy a že veškeré předložené dokumenty vydané výrobcem pocházejí od výrobce.

Navrhovatel prohlašuje, že totožné dokumenty vztahující se k ZP byly, nebo budou předloženy Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv za účelem notifikace zdravotnického prostředku v Registru zdravotnických prostředků.

Navrhovatel se zavazuje informovat VZP ČR v případě změny údajů v momentě notifikace ZP v Registru zdravotnických prostředků, a to o případné změně v DOC, katalogového čísla a návodu k použití.

**Dne………………… Jméno a podpis zástupce navrhovatele ……………………**

1. **Návrh na nové zařazení**
2. **Změna údajů o ZP**
3. **Vyřazení / Snížení cen / Změna subjektů (např. výrobce)**
4. **Vyřazení ZP z ÚK VZP – ZP, snížení cen nebo změnu dodavatele (písemně pověřený zástupce žadatele), změny výrobce (fúze, odkoupení, prodej...)**
5. **Provedení změn u ZP zařazených v ÚK VZP – ZP na základě přecertifikace dle MDR**

**Základní údaje**

1. **Navrhovatel:**

Obchodní firma / název:

IČO:

Sídlo (ulice, číslo, město, stát, PSČ):

1. **Pověřený zástupce firmy k jednání s VZP, případně statutární zástupce navrhovatele**

Jméno a příjmení, titul:

Telefonní kontakt v rámci ČR:

E-mail:

**Průvodní dopis:**