

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

- A. Návrh na nové zařazení
- B. Změna údajů o ZP
- C. Vyřazení / Snížení cen / Změna subjektů (např. výrobce)
- D. Vyřazení ZP z ÚK VZP – ZP, snížení cen nebo změnu dodavatele (písemně pověřený zástupce žadatele), změny výrobce (fúze, odkoupení, prodej...)
- E. Provedení změn u ZP zařazených v ÚK VZP – ZP na základě přecertifikace dle MDR

Základní údaje

A. Navrhovatel:

Obchodní firma / název:

IČO:

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

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

Jméno a příjmení, titul:

Telefonní kontakt v rámci ČR:

E-mail:

Průvodní dopis:
