

REGISTRAČNÝ FORMULÁR PRE LEKÁRNE

Registračný formulár pre lekárne pre Lenalidomid Glenmark - Časť I

Vypíňa odborný zástupca alebo náhradný odborný zástupca

Názov zariadenia:	
Odborný zástupca (alebo náhradný odborný zástupca):	
Kontaktné telefónne číslo:	
E-mail:	
Doručovacia adresa:	Fakturačná adresa (ak sa líši):
Tel.:	Tel.:
Fax:	Fax:
E-mail:	E-mail:

V mene (názov zariadenia) _____ súhlasím so zavedením nasledujúcich postupov na minimalizáciu rizika pri predpisovaní Lenalidomidu Glenmark, ako ich špecifikuje spoločnosť GLENMARK PHARMACEUTICALS SK, s.r.o. v informačnom balíku pre zdravotníckych pracovníkov týkajúci sa Lenalidomidu Glenmark.

1.	Lenalidomid Glenmark bude vydávaný, kontrolovaný a uchovávaný v súlade s Programom prevencie tehotenstva.	
2.	Lenalidomid Glenmark bude vydaný len v prípade, ak je k lekárskeho predpisu priložený vyplnený Formulár pre lekára – oprávnenie preskripcie Lenalidomidu Glenmark.	
3.	Všetci lekárnici, ktorí budú vydávať Lenalidomid Glenmark, si budú musieť prečítať a porozumieť informačnému balíku pre zdravotníckych pracovníkov týkajúceho sa Lenalidomidu Glenmark.	
4.	Lekárnik vydávajúci Lenalidomid Glenmark skontroluje každý predpis a úplnosť Formulára pre lekára – oprávnenie preskripcie Lenalidomidu Glenmark a tento formulár pred vydaním lieku podpíše.	
5.	Výdaj lieku bude obmedzený na menej ako 4-týždňovú zásobu u žien vo fertilnom veku a 12-týždňovú zásobu u mužov a žien, ktoré nie sú vo fertilnom veku.	
6.	Po vydaní bude Formulár pre lekára – oprávnenie preskripcie Lenalidomidu Glenmark uchovávaný v lekárni minimálne 2 roky. Kópia každého vyplneného Formulára pre lekára – oprávnenie preskripcie bude odoslaná distribútorovi.	
7.	Informácie z Formulára pre lekára – oprávnenie preskripcie budú použité na vypracovanie anonymizovaných súhrnných hlásení poskytnutých regulačným úradom za účelom vyhodnotenia zavedenia Programu prevencie tehotenstva.	
8.	Prečítal/-a a porozumel/-a som informačnému balíku pre zdravotníckych pracovníkov týkajúceho sa Lenalidomidu Glenmark.	

Rozumiem tomu, že registrácia za účelom objednávanie a vydávanie Lenalidomidu Glenmark mi bude vydaná len v prípade, ak súhlasím s vyššie uvedenými bodmi 1 - 8. Registrácia je platná **2 roky**, a potom opäť potvrdím, že aj naďalej budem dodržiavať postupy na minimalizovanie rizík vyplnením tohto formulára a jeho odoslaním spoločnosti GLENMARK PHARMACEUTICALS SK, s.r.o.

Podpis: _____

Meno tlačným písmom: _____

Dátum: _____

Vyplnený Registračný formulár pre lekárne zašlite na adresu:

GLENMARK PHARMACEUTICALS SK, s.r.o.
Tomášikova 64, 831 04 Bratislava, Slovenská republika
alebo e-mailom na: info-sk@glenmarkpharma.com

REGISTRAČNÝ FORMULÁR PRE LEKÁRNE

Registračný formulár pre lekárne pre Lenalidomid Glenmark - Časť II

Ak chcete zaregistrovať aj ďalšie pracoviská lekárne spadajúce pod vašu registráciu, prosím o poskytnutie nižšie uvedených informácií.

Názov zariadenia: _____

**Ďalšie pracoviská spadajúce pod registráciu spoločnosťou
GLENMARK PHARMACEUTICALS SK, s.r.o. na výdaj Lenalidomidu Glenmark.**

Názov nemocnice/lekárne:	
Kontaktná osoba lekárne zodpovedná za objednávky:	
Doručovacia adresa:	Fakturačná adresa (ak sa líši):
Tel.:	Tel.:
Fax:	Fax:
E-mail:	E-mail:

Názov nemocnice/lekárne:	
Kontaktná osoba lekárne zodpovedná za objednávky:	
Doručovacia adresa:	Fakturačná adresa (ak sa líši):
Tel.:	Tel.:
Fax:	Fax:
E-mail:	E-mail:

Názov nemocnice/lekárne:	
Kontaktná osoba lekárne zodpovedná za objednávky:	
Doručovacia adresa:	Fakturačná adresa (ak sa líši):
Tel.:	Tel.:
Fax:	Fax:
E-mail:	E-mail:

Vyplnený Registračný formulár pre lekárne zašlite na adresu:
GLENMARK PHARMACEUTICALS SK, s.r.o.
Tomášikova 64, 831 04 Bratislava, Slovenská republika
alebo e-mailom na: info-sk@glenmarkpharma.com