

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 lekárskeму 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