Läkemedelsförsäkringen

Begäran om anslutning till Läkemedelsförsäkringen

Vårt företag önskar deltaga i Läkemedelsförsäkringen och emotser handlingar för anslutning

Företagets namn
Företagets adress
Organisationsnummer/VAT-nummer
Kontaktperson (namn, telefonnummer (dagtid), e-post)
Ort och datum
Firmatecknare
Namnförtydligande

Vårt företags verksamhet är:

☐ Tillverkning, försäljning	☐ Forskning och utveckling (kliniska prövningar)
☐ Distributör, detaljist	☐ CRO (Clinical Research Organisation)

Vid försäljning, tillverkning, distribution eller detaljist ange vilka läkemedel som tillhandahålls i Sverige:

Läkemedelsförsäkringen

Vid Forskning och Utveckling (FoU) ange följande:

ID nr för klinisk prövning
Prövningen godkänd av etisk prövningsnämnd i
Antal patienter som beräknas ingå i prövningen
Prövningen gäller FAS
Prövningen beräknas vara avslutad ÅÅÅÅ-MM

Skickas till:

LFF Service AB
Box 6062
102 31 Stockholm

E-post: info@lakemedelsforsakringen.se