

FORMA ZABEZPEČENIA LIEKU	Priamo od výrobcu <input type="checkbox"/>	Prostredníctvom veľkodistribútora <input type="checkbox"/>
	Do nemocničnej lekárne (adresa a telefónne číslo)	
	Do verejnej lekárne (adresa a telefónne číslo)	

VYJADRENIE: (vyplňuje sa, ak žiadateľ je zamestnancom zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti)

Odtlačok pečiatky riaditeľa zdravotníckeho zariadenia	
Dátum	podpis

Odtlačok pečiatky primára navrhujúceho oddelenia zdravotníckeho zariadenia	
Dátum	podpis

Komisia pre racionálnu farmakoterapiu a liekovú politiku zariadenia ústavnej starostlivosti	
Dátum	podpis

Etická komisia	
Dátum	podpis

VYJADRENIE: (vyplňuje sa, ak žiadateľ nie je zamestnancom zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti)

Krajský odborník MZ SR pre špeciálny odbor	
Dátum	podpis

Komisia pre racionálnu farmakoterapiu a liekovú politiku zariadenia ústavnej starostlivosti alebo samosprávneho kraja	
Dátum	podpis

Etická komisia samosprávneho kraja	
Dátum	podpis

STANOVISKO Union zdravotnej poisťovne, a.s.:

S úhradou

súhlasím
nesúhlasím

Riaditeľ ÚRZČ Union zdravotnej poisťovne, a.s.	
Dátum	podpis

Revizný farmaceut Union zdravotnej poisťovne, a.s.	
Dátum	podpis

Poučenie:

Povinnou prílohou žiadosti je kópia povolenia vydaného Ministerstvom zdravotníctva SR.