

Rejestracja apteki i lekarza

Formularz Rejestracji Apteki

Dane kontaktowe apteki		
Kierownik apteki szpitalnej (lub wyznaczony zastępca):		
Nazwa szpitala:		
Adres:		
Numer telefonu:		
Email:		
W imieniu..... (nazwa instytucji), wyrażam zgodę na udział w Programie Zapobiegania Cięży, aby wdrożyć następujące procedury minimalizacji ryzyka przewidziane dla recept na lek Lenalidomide Pharmascience tak, jak zostało to wyszczególnione w Pakiecie Informacyjnym dla Pracownika Służby Zdrowia i niniejszym potwierdzam, że:		
1. Wszyscy farmaceuci, którzy wydają produkt leczniczy Lenalidomide Pharmascience, przeczytali i zrozumieli informacje zawarte w Pakiecie Informacyjnym Przeznaczonym dla Pracowników Służby Zdrowia.		Zaznacz
2. Wyrażam zgodę na gromadzenie moich danych osobowych przez lub w imieniu firmy farmaceutycznej Pharmascience International Ltd w celu umożliwienia zarządzania Programem Zapobiegania Cięży przeznaczonym dla produktu Lenalidomide Pharmascience.		Zaznacz
3. Zostałam/em poinformowana/ny, że podmiot odpowiedzialny Pharmascience International Ltd ściśle ograniczy wykorzystanie informacji, które mnie identyfikują, do tego, co jest niezbędne do bezpiecznego stosowania i dystrybucji produktu Lenalidomide Pharmascience zgodnie z Programem Zapobiegania Cięży.		Zaznacz
4. Zostałam/em poinformowana/ny, że rejestracja jest ważna przez 2 lata od momentu wysłania wypełnionego i podpisanego Formularza Rejestracyjnego do podmiotu odpowiedzialnego Pharmascience International Ltd, pod warunkiem spełnienia wymagań Programem Zapobiegania Cięży.		Zaznacz
5. Potwierdzam, że wydanie leku kobietom, które mogą zajść w ciążę może nastąpić w czasie 7 dni od dnia wystawienia recepty.		Zaznacz
Data	Imię i nazwisko	Podpis/Pieczętka