

Formularz Rejestracji Lekarza

Dane kontaktowe lekarza		
Imię i nazwisko lekarza:		
Numer rejestracyjny PWZ:		
Stanowisko:		
Nazwa szpitala:		
Adres:		
Numer telefonu:		
Email:		
<p>Potwierdzam, że jestem lekarzem z odpowiednim doświadczeniem w zarządzaniu produktami immunomodulującymi lub chemioterapeutycznymi, wyrażam zgodę na udział w Programie Zapobiegania Ciąży, aby wdrożyć następujące procedury minimalizacji ryzyka kiedy wypisuję recepty na lek Lenalidomide Pharmascience tak, jak zostało to wyszczególnione w Pakiecie Informacyjnym dla Pracownika Służby Zdrowia i niniejszym potwierdzam, że:</p>		
1. Wyrażam zgodę na gromadzenie moich danych osobowych przez lub w imieniu firmy farmaceutycznej Pharmascience International Ltd w celu umożliwienia zarządzania Programem Zapobiegania Ciąży przeznaczonym dla produktu Lenalidomide Pharmascience.		Zaznacz
2. 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 Ciąży.		Zaznacz
3. 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 Ciąży.		Zaznacz
Data	Imię i nazwisko	Podpis/pieczątko