

Umsókn um viðbótarvottorð fyrir lækningalyfi



Einkaleyfastofan

Útfyllist af Einkaleyfastofunni	
Umsóknardags. (22)	
Umsóknarnúmer (21)	
1. Umsækjandi (71) Nafn: Heimilisfang:	Kt.: Sími: Farsími: Netfang:
2. Umboðsmaður (74) Nafn: Heimilisfang:	Netfang: Sími: <input type="checkbox"/> Umboð fylgir <input type="checkbox"/> Allsherjarumboð <input type="checkbox"/> Annað
3. Grunneinkaleyfi (11) Heiti: Umsóknarnúmer: Umsóknardags.	Númer einkaleyfis: Dags. einkaleyfis:
4. Heiti afurðar (virks efnis) sem sótt er um vernd á (95)	
5. Heiti lyfs í markaðsleyfi	
6. Markaðsleyfi (merkið við annað hvort tilvikið) <input type="checkbox"/> Fyrsta markaðsleyfi á Íslandi, skráð og útgefið af Lyfjastofnun. (92) Dags. Númer: <input type="checkbox"/> Ef markaðsleyfi hérlendis er ekki fyrsta markaðsleyfið innan EES-svæðisins. (93) Dags. Númer: Land:	
7. Viðbótarvernd <input type="checkbox"/> Viðbótarvottorð hefur ekki áður verið veitt fyrir uppfinningunni á Íslandi.	
Fylgigögn <input type="checkbox"/> Afrit af markaðsleyfi Lyfjastofnunar ásamt lýsingu á framleiðsluvörðunni og samantekt um eiginleika hennar <input type="checkbox"/> Afrit af opinberri tilkynningu um markaðsleyfi ef leyfi hérlendis er ekki fyrsta markaðsleyfið sem fengist hefur fyrir lyfið innan EES-svæðisins <input type="checkbox"/> Þýðing, ef gögn eru ekki á íslensku, dönsku, norsku, sænsku eða ensku <input type="checkbox"/> Tilvísanir í einkaleyfaskjöl varðandi framleiðsluvörðuna (vegna samanburðar á grunneinkaleyfi og umsókn um viðbótarvottorð)	
Útfyllist af Einkaleyfastofunni	
Gjald kr. _____	Staður og dagsetning
Greitt:	Undirskrift umsækjanda eða umboðsmanns