|  |
| --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΙΟΝΤΟΣ** |

[Περί Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης (Τέλη) Κανονισμοί του 2024, ΚΔΠ 132/2024]

**Ημερομηνία**

**Έφορο Συμβουλίου Φαρμάκων**

**Φαρμακευτικές Υπηρεσίες**

**Υπουργείο Υγείας**

**Λευκωσία 1475, ΚΥΠΡΟΣ**

**Τηλ.: +357 22 608 622**

**email: cppsubmissions@phs.moh.gov.cy**

Παρακαλώ όπως εκδοθούν το (τα) πιο κάτω πιστοποιητικά:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Α/Α | Αριθμός φακέλου | Αριθμός άδειας Κυκλοφορίας | Όνομα φαρμακευτικού προϊόντος |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Με τιμή

Υπογραφή

Ονοματεπώνυμο

Διεύθυνση

Τηλ.

Email:

(Έντυπο Φ.Υ. 111)