**ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΠΡΟΘΕΣΗ ΑΠΟΣΥΡΣΗΣ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΜΕΓΙΣΤΗΣ ΧΟΝΔΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΕΓΙΣΤΗΣ ΛΙΑΝΙΚΗΣ ΤΙΜΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΝΙΑΙΟ ΤΙΜΟΚΑΤΑΛΟΓΟ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

**Προς (Παραλήπτες):**

1. **Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ)**

Διεύθυνση: Αγίου Αντωνίου 2, Τ.Κ. 2100, Αγλαντζιά, Λευκωσία, Κύπρος

1. **Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ)**

Διεύθυνση: Κλήμεντος 17-19, 1061 Τ.Θ. 26765, 1641 Λευκωσία, Κύπρος

1. **Διεύθυνση Αγορών και Προμηθειών (ΔΑΠ), Υπουργείο Υγείας**

Διεύθυνση: Πολυφήμου 15, 2033 Στρόβολος, Βιομηχανική Περιοχή Στροβόλου, Λευκωσία, Κύπρος

**ΘΕΜΑ: Ενημέρωση για πρόθεση απόσυρσης καθορισμένης μέγιστης δυνατής χονδρικής και λιανικής τιμής** **από τον ενιαίο τιμοκατάλογο φαρμάκων**

Σχετικά με το πιο πάνω θέμα, επιθυμούμε να ενημερώσουμε για την πρόθεση μας για υποβολή αιτήματος στην Επιτροπή Ελέγχου Τιμών Φαρμάκων για ανάκληση της τιμής της συγκεκριμένης συσκευασίας του πιο κάτω προϊόντος από τον ενιαίο τιμοκατάλογο φαρμάκων:

Ονομασία:

Περιεκτικότητα:

Φαρμακευτική μορφή:

Δραστικό Συστατικό:

Υφιστάμενη Μέγιστη Χονδρική Τιμή:

Κωδικός τιμολόγησης:

Συσκευασία:

Συνταγογραφούμενο Φάρμακο: Ναι [ ]  Όχι [ ]

Βεβαιώνουμε ότι για το υπό ανάκληση προϊόν δεν βρίσκεται σε ισχύ οποιαδήποτε σύμβαση προμήθειας με το Υπουργείο Υγείας ή/και τον Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας ή/και τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας. Επιπλέον, για το υπό ανάκληση προϊόν έχει διακοπεί μόνιμα η εισαγωγή και η διανομή του και δεν διακινείται πλέον στην κυπριακή αγορά.

Υπογραφή, όνομα και σφραγίδα Κατόχου της Άδειας Κυκλοφορίας ή/και του Εξουσιοδοτημένου Αντιπροσώπου:

Ημερομηνία………………………..