|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ** |
| **ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ** |
|  |
| **ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ** |  | **PHARMACEUTICAL SERVICES** |
| **REPUBLIC OF CYPRUS** |  | **MINISTRY OF HEALTH** |

|  |
| --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗ ΣΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΠΟΥ ΠΡΑΚΤΟΡΕΥΟΥΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΜΕ ΜΟΝΙΜΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ** |
| [Περί Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης (Έλεγχος Ποιότητας, Προμήθειας και Τιμών) Νόμος 70(I) του 2001), Άρθρο 84β: Πρακτόρευση Φαρμακευτικών Προϊόντων] |
| **APPLICATION FOR REGISTRATION OF A BROKER WITH A PERMANENT ADDRESS IN CYPRUS** |
| ***[Medicinal Products for Human Use Law 70(I) of 2001 Article 84b (brokering of medicinal products)]*** |

|  |
| --- |
| **Για επίσημη χρήση****For Official Use** |
| *Αρ. Αίτησης* |  |
| *Ημερομηνία* |  |

**Έφορο Συμβουλίου Φαρμάκων / *Registrar Drugs Council***

**Φαρμακευτικές Υπηρεσίες / *Pharmaceutical Services***

**Υπουργείο Υγείας / *Ministry of Health***

**Λευκωσία 1475 / *Nicosia 1475***

**Τηλ. */ Tel* : +357 22 608 616**

**+357 22 608 603**

**Φαξ */ Fax:* +357 22 608 649**

Ι. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ *APPLICANTS DETAILS*

**ΓΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ/ *FOR COMPANIES***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Ονομασία*Corporate Name* |  |
| 2 | Αρ. Εγγραφής Εταιρείας/ *Company Registration Number* |  |
| 3 | Μόνιμη Διεύθυνση Εργασίας*Permanent office address* |  |
| 4 | Διεύθυνση Αλληλογραφίας*Correspondence address*Τηλέφωνο / *Telephone*Φάξ */ Fax*Ηλεκτρονική Διεύθυνση / *Email* |  |

**ΓΙΑ ΦΥΣΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ/ *FOR NATURAL PERSONS***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Ονοματεπώνυμο/ *Name* |  |
| 2 | Αρ. Ταυτότητας / Αρ. Διαβατηρίου Ευρ. Ένωσης*Identity or EU passport number* |  |
| 3 | Υπηκοότητα/ Citizenship |  |
| 4 | Μόνιμη Διεύθυνση Κατοικίας *Permanent residence address* |  |
| 4 | Διεύθυνση Αλληλογραφίας*Mailing address*Τηλέφωνο / *Telephone*Φάξ / *Fax*Ηλεκτρονική Διεύθυνση / *Email* |  |

###### ΙΙ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΩΝ/ ACTIVITIES AND COLLABORATORS

1. Περιγράψετε σε συντομία το είδος των εργασιών που προτίθεστε να διεξάγετε/ *Briefly describe the nature of the intended activities*

|  |
| --- |
|  |

1. Παρακαλώ να επισυναφθεί **κατάλογος συνεργατών** (προμηθευτών ή αγοραστών), εκ μέρους των οποίων θα διεξάγετε εργασίες πρακτόρευσης. Ο κατάλογος να περιέχει, κατ΄ ελάχιστο τα πιο κάτω στοιχεία:
2. Όνομα συνεργάτη (προμηθευτή ή αγοραστή)
3. Διεύθυνση και χώρα εγγραφής
4. Αριθμός αδειοδότησης (π.χ. αρ. άδειας Χονδρικής Πώλησης ή Άδειας Παρασκευής)
5. Ενδεικτικός κατάλογος προϊόντων \*
6. *Please attach a* ***list of your******collaborators*** *(suppliers and customers), indicating at least:*
7. *Name of the collaborator (supplier or customer)*
8. *Address and country of Registration*
9. *Authorisation number (e.g. number of Wholesale or Manufacturing Licence)*
10. *An indicative list of products\**

*\* Τα εν λόγω προϊόντα πρέπει να είναι αδειοδοτημένα, σύμφωνα με την Οδηγία*

*2001/83/ΕΚ ή τον Κανονισμό 726/2004*

*\* These products should be covered by a Marketing Authorisation issued in accordance to Directive 2001/83/EC or Regulation EC 726/2004*

Δηλώνω ότι πιο πάνω στοιχεία είναι ορθά και γνωρίζω ότι η νομοθεσία με υποχρεώνει να τηρώ ενήμερο το Συμβούλιο Φαρμάκων στη περίπτωση που τα πιο πάνω στοιχεία τροποποιηθούν.

Γνωρίζω ότι, δυνατόν να χρειαστεί επιθεώρηση πριν την καταχώρηση μου στο μητρώο και ότι ψευδείς δηλώσεις ή αδυναμία ενημέρωσης του Συμβουλίου Φαρμάκων, σχετικά με μεταβολές των στοιχείων που εδόθησαν, δυνατόν να έχει σαν συνέπεια την αφαίρεση μου από το σχετικό μητρώο πρακτόρων.

I hereby declare that the information provided above is correct and accurate and that I am aware that I am obliged by the Law to inform the Drugs Council, if any of these details is modified.

I am aware that an inspection may be contacted prior to my registration and that incorrect information or omitting to notify the Drugs Council for any changes to these information may result to the deletion of my name from the Brokers Registration List.

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο/ Name |  |
| Θέση στην εταιρεία/ Position in the company |  |
| Υπογραφή /Signature |  |
| Ημερομηνία/ Date |  |

**ΕΣΩΚΛΕΙΣΤΑ / ATTACHMENTS**

1. Πιστοποιητικό εγγραφής εταιρείας ή αντίγραφο ταυτότητας / διαβατηρίου (για φυσικά πρόσωπα)
2. Αποδεικτικά στοιχεία μόνιμης διαμονής (για φυσικά πρόσωπα)
3. Κατάλογος και στοιχεία συνεργατών (βλέπε ΙΙ.2 πιο πάνω)
4. Επιστολή εξουσιοδότησης για υπογραφή εκ μέρους της εταιρείας
5. Certificate of Registration of the Company or copy of Identity card / passport from an EU member state (for persons)
6. Evidence of permanent residency in Cyprus (for natural persons)
7. Collaborators list (as above II 2)
8. Authorisation for signing on behalf of the company