# Kοινοποίηση των στοιχείων για το Tοπικα Ειδικευμένο Άτομο για Φαρμακοεπαγρύπνηση (Local QPPV) / Tοπικα Υπεύθυνο Άτομο για Φαρμακοεπαγρύπνηση (Local RPPV)

|  |  |
| --- | --- |
| **Ονοματεπώνυμο του υποψηφίου (επώνυμο, όνομα):** |  |
| **Στοιχεία Επικοινωνίας** | |
| Διεύθυνση [[1]](#footnote-1): |  |
| 24ωροΤηλέφωνο: |  |
| Τηλέφωνο Γραφείου: |  |
| Αριθμός Fax: |  |
| Ηλεκτρονική Διεύθυνση (E-mai)l[[2]](#footnote-2): |  |
|  |  |

**Στοιχεία αναπληρωτή:**

|  |  |
| --- | --- |
| Όνομα του αναπληρωτή, σε περίπτωση που ο προαναφερόμενος υποψήφιος δεν είναι διαθέσιμος: |  |
| Στοιχειά επικοινωνίας: |  |

**Λίστα ελέγχου / Συνημμένα έγγραφα:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Βιογραφικό σημείωμα |
|  | Αποδεικτικά στοιχεία επαρκούς εκπαίδευσης και εμπειρίας στη Φαρμακοεπαγρύπνηση[[3]](#footnote-3) |
|  | Περίληψη Ευθυνών όπως περιγράφεται στη συμφωνία Φαρμακοεπαγρύπνησης / Σύμβαση μεταξύ του τοπικού QPPV/RPPV και του EU/EEA QPPV |
|  | Λίστα με τα προϊόντα για τα οποία θα είναι υπεύθυνος ο τοπικά QPPV/RPPV |
|  | Αποδεικτικά στοιχεία / δήλωση επαρκούς γνώσης της Ελληνικής γλώσσας |
|  | Άλλα |

Εγώ, ο υπογράφων, δηλώνω ότι τα παραπάνω στοιχεία και συνημμένα έγγραφα είναι ακριβή και σωστά εξ όσων γνωρίζω. Θα είμαι διαθέσιμος/η συνεχώς για να παραλάβω και να απαντήσω σε ερωτήσεις, αναφορές και οποιαδήποτε άλλα δεδομένα που σχετίζονται με την ασφάλεια των φάρμακων από το ευρύ κοινό, τους επαγγελματίες υγείας και τις εθνικές αρχές. Αναλαμβάνω την υποχρέωση να διατηρήσω ένα χαρτοφυλάκιο εκπαίδευσης στην φαρμακοεπαγρύπνηση το οποίο θα είναι διαθέσιμο στις Φαρμακευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας για εξέταση, όπως και όταν μου ζητηθεί.

Υπογραφή: Ημερομηνία:

Όνομα (ολογράφως):

# Notification of the particulars for the Local Qualified / Responsible Person for Pharmacovigilance

|  |  |
| --- | --- |
| **Name of the nominee (SURNAME, First name):** |  |
| **Contact Details** | |
| Address[[4]](#footnote-4): |  |
| 24 hour Telephone Number: |  |
| Office Telephone Number: |  |
| Fax Number: |  |
| Email address[[5]](#footnote-5): |  |
|  |  |

**Back-up Arrangements:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name of Contact (deputy) should the above nominee not be available: |  |
| Contact Details: |  |

**Checklist of Enclosed/Attached Documents:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Curriculum vitae |
|  | Evidence of adequate Training and Experience in Pharmacovigilance[[6]](#footnote-6) |
|  | Summary of Responsibilities as outlined in the Pharmacovigilance Agreement/Contract between the local QPPV/RPPV and the EU/EEA QPPV |
|  | List of Products for which the Local QPPV/RPPV is responsible |
|  | Evidence/declaration of adequate knowledge of Modern Greek |
|  | Other |

I, the undersigned, declare that the above information and supporting documents are accurate and correct to the best of my knowledge. I will be continuously available to receive and respond to queries, reports and any other safety related data from the general public, health care professionals and the National Authorities. I undertake to maintain a pharmacovigilance training portfolio that will be made available to the Pharmaceutical Services of the Ministry of Health for review as and when requested.

Signature: Date:

Print name:

1. Η διεύθυνση πρέπει να είναι εντός της Δημοκρατίας της Κύπρου [↑](#footnote-ref-1)
2. Γενικές ηλεκτρονικές διευθύνσεις email (π.χ. info@MAH.com ) δεν θα γίνονται δεκτές [↑](#footnote-ref-2)
3. Αυτό θα πρέπει να είναι ανάλογα με τις ανατεθείσες αρμοδιότητες [↑](#footnote-ref-3)
4. The address must be within the Republic of Cyprus [↑](#footnote-ref-4)
5. General enquiry mailboxes (e.g. [info@MAH.com](mailto:info@MAH.com)) will not be accepted [↑](#footnote-ref-5)
6. This should be analogous to the delegated responsibilities [↑](#footnote-ref-6)