**ДО**

**МАГ.ФАРМ. БОГДАН КИРИЛОВ**

**ИЗПЪЛНИТЕЛЕН ДИРЕКТОР НА**

**ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА**

**Уведомление по чл. 54, ал. 4 от ЗЛПХМ за преустановяване на продажбите на лекарствен продукт на пазара в Република България**

**в резултат на непредвидени обстоятелства**

От ................................................................................................................................................

(наименование на юридическото лице - притежател на РУ/УР, съответно представител на притежателя на РУ/УР)

В качеството на:

 **притежател на разрешението за употреба/удостоверението за регистрация**

 **представител на притежателя на разрешението за употреба/удостоверението за регистрация**

На следния лекарствен продукт:

|  |  |
| --- | --- |
| Име на лекарствения продукт съгласно разрешението за употреба/удостоверението за регистрация  |  |
| Лекарствена форма и количество на активното вещество (в дозова единица, определена маса или обем) |  |
| INN |  |
| Вид на първичната опаковка и количество |  |
| Количество/а във вторична опаковка, вкл. и медицински и други спомагателни изделия, съдържащи се в опаковката |  |
| Регистрационен номер/EU Number  |  |
| Притежател на разрешението за употреба/удостоверението за регистрация  |  |

С настоящото уведомявам, че продажбите в Република България на горепосочения лекарствен продукт са преустановени, считано от .................................................. **(посочва се конкретната дата на преустановяване на продажбите**), в резултат на следните непредвидени обстоятелства: ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Задължавам се да уведомя ИАЛ за датата, на която продажбите се възстановят.

Дата:

Подпис:

Име, фамилия и длъжност:

Данни за контакт: Тел.: ………………. Е-mail: ………………………………………….