**Ansøgning om klausuleret tilskud til en vaccine**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Lægemidlet navn:\_\_\_ | Lægemiddelform:\_\_\_ |
| Aktiv(e) indholdsstof(fer):\_\_\_  | Dosering (DDD hvis sådan en er fastsat):\_\_\_ |
| Godkendt(e) indikation(er): \_\_\_ |
| Evt. forslag til tilskudsklausul:\_\_\_   |
| ACT-gruppe eller terapeutisk gruppe:\_\_\_   | Udleveringsgruppe:\_\_\_ |
| Styrke(r):\_\_\_ | Pakningsstørrelse(r):\_\_\_ | AIP:\_\_\_ | Forbrugerpris\* eks. Gebyrer\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 | Markedsføringstilladelsens dato:\_\_\_   |  |
| Forventet dato for markedsføring af lægemidlet i Danmark:\_\_\_ | Er der vedlagt en sundhedsøkonomisk analyse?ja \_\_\_ nej \_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3 | Virksomhedens navn og adresse:\_\_\_ | Dato og underskrift:\_\_\_ |
| Kontaktperson:\_\_\_ |
| Telefonnr.:\_\_\_ | E-mailadresse:\_\_\_ |

\*jf. §1 i bekendtgørelse nr. 1152 af 30/92013 – bekendtgørelse om beregning af forbrugspriser m.v. på lægemidler

Det udfyldte skema underskrives og sendes til Sundhedsstyrelsen, Enhed for Evidens, Uddannelse og Beredskab, Islands Brygge 67, 2300 København S