BASG / AGES Medizinmarktaufsicht

Traisengasse 5, 1200 Wien

**An das**

|  |
| --- |
| Für Eingangsstempel freilassen |

**Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen**

Traisengasse 5, A 1200 Wien

**I: Allgemein**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Wirkstoff:        |  [ ]  Veterinär PSUR |
| 2. International / EU Birthdate:        |
| 1. Zeitraum des Periodic Safety Update Report:
 |
| 1. Grund der Einreichung des Periodic Safety Update Report: (zutreffendes bitte ankreuzen)

[ ]  periodisch gem. §75 AMG [ ]  Renewal [ ]  angefordert durch BASG |

**II: Arzneispezialität**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Verfahrensart** |
| **Handelsname** | **National** | **MRP-Nr.** | **Z.Nr.** |
|       | [ ]  |       |       |
|       | [ ]  |       |       |
|       | [ ]  |       |       |
|       | [ ]  |       |       |
|       | [ ]  |       |       |
|       | [ ]  |       |       |
|       | [ ]  |       |       |
|       | [ ]  |       |       |
|       | [ ]  |       |       |
|       | [ ]  |       |       |
|       | [ ]  |       |       |
|       | [ ]  |       |       |

**III: Zulassungsinhaber IV: Rechnungsadresse** (wenn nicht mit III. ident)

|  |  |
| --- | --- |
| Firma:      PV Verantwortliche(r):      Adresse:      Telefon:       | Firma:      Kontaktperson:      Adresse:      Telefon:       |

Ich erkläre hiermit, dass alle Angaben korrekt und vollständig sind.

|  |  |
| --- | --- |
| Firmenstempel |    Name, Datum und Unterschrift |