

MELDEFORMULAR

 Änderungen

 Neueinschaltungen

 Warenverzeichnis I

 Warenverzeichnis II

 Warenverzeichnis III

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Firmenname und
-anschrift:

Datum der Einschaltung:

Herstellersymbol:

Preisbescheid/Meldung: Ja Nein

Tel/Fax-Nr.:

Rückfrage an:

Wir erklären, dass die angeführten im Warenverzeichnis III aufzunehmenden Produkte den österreichischen Rechtsvorschriften entsprechen und rechtens in Verkehr gesetzt werden. Sollte sich diese Beurteilung ändern, werden wir unverzüglich die Streichung der Produkte aus dem Warenverzeichnis III veranlassen. Weiters verpflichten wir uns, österreichische öffentliche Apotheken schadlos zu stellen, wenn sie im Zusammenhang mit dem Produkt oder der uns zurechenbaren Werbung dafür in Wettbewerbsverfahren verwickelt werden. *) Die Angabe des Umsatzsteuersatzes ist verpflichtend und liegt im Verantwortungsbereich der meldenden Unternehmen.

Artikel-Bezeichnung bzw. Bezeichnung der Arzneispezialität lt. Zulassungsbescheid und Darreichungsform <i>Pharmazentralnummer wenn bekannt angeben</i>	Pack. Größe (Menge, Mengenart)	*) R, *	FAP/ DAP	AEP ohne MWSt.	Kranken- kassen- preis	AVP mit MWSt.	Kühl 8-15° K	Eis 2-8° E	Tiefge- kühlt -15-0° T	Lauf- zeit in Monat	Ab- gabe **)	***) L	nur für Verz. 3		
													MWSt Satz % *)		

*) **Warenverzeichnis 1:** R = zulassungspflichtige Artikel
* = Arzneispezialität ohne Preisbescheid

**) Rpfrei = rezeptfrei
Rpfrei (2 – 16) = rezeptfrei mit Warnhinweis
Rp = rezeptpflichtig
NR = Rezeptpflicht, wiederholte Abgabe verboten
SG = Suchtgift
S1 = Suchtgift, wiederholte Abgabe verboten
S5 = Suchtgift, 5malige Wiederholung möglich
N = nicht apothekenexklusiv

Bitte auch an den österreichischen Apothekerverband weitergeben

***) L = Trockenpräparat, dass vom Apotheker
gebrauchsfertig abgegeben werden muß.