

**CAU - 04 - Pokyny pro vyplnění žádosti o stanovení
výše a podmínek úhrady
maximální ceny výrobce
maximální ceny výrobce a výše a podmínek úhrady
léčivého přípravku / potraviny pro zvláštní lékařské účely**

Platnost od: 13. 12. 2011

Pokyny k vyplnění formuláře žádosti o stanovení maximální ceny a o stanovení výše a podmínek úhrady léčivého přípravku, nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, jsou návodem k vyplnění předlohy žádosti zpracované Státním ústavem pro kontrolu léčiv na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Pokyny nenahrazují metodický výklad zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, ale slouží jako pomůcka k vyplnění žádosti a současně upozorňují na hlavní zásady, které je třeba dodržet pro správné podání žádosti. Vzhledem k tomu je nutné se před vyplněním formuláře žádosti důkladně seznámit s pravidly stanovenými zákonem, resp. jeho ustanoveními, která se týkají náležitostí uváděných v žádosti.

POZOR!

Jednu žádost je možné podat pro jeden léčivý přípravek stejné lékové formy pro více sil a velikostí balení přípravku současně.

Jednotlivé žádosti nemusí obsahovat všechny níže uvedené části! Pokud tedy Vámi zvolený formulář neobsahuje část uvedenou níže v pokynech, není ve Vámi podávané žádosti požadována a není nutné ji vyplňovat!

Povinná pole **pro odeslání formuláře** žádosti jsou v pokynech **modře vyznačena**. Pokud nejsou požadované údaje k dispozici, vyplňte pole symbolem „0“ v případě číselného pole a „NA“ v případě textového pole.

Úplnost žádosti podle požadavků stanovených zákonem a prováděcím právním předpisem jsou kontrolovány v rámci validace žádosti.

Část 1 – Formulář

1.1. Typ žádosti

Označením vyberte jednu z nabízených možností odpovídající Vašemu návrhu.

1.1.1. Zařazení do referenční skupiny bez bonifikace

Léčivé přípravky mohou náležet i do tzv. pseudoreferenční skupiny (skupina v zásadě terapeuticky zaměnitelných přípravků, která není uvedena ve vyhlášce o referenčních skupinách). Ta není stanovena vyhláškou, je jí však možno specifikovat přehledem léčivých látek v zásadě terapeuticky zaměnitelných

1.1.5. Léčivý přípravek je podobným přípravkem a žadatel žádá o stanovení výše a podmínek úhrady v řízení podle ustanovení § 39g odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb. a zároveň splňuje podmínky uvedené v ustanovení § 39f odst. 8, 1. větě zákona č. 48/1997 Sb.

O stanovení maximální ceny a výše a podmínek úhrady ve zkráceném individuálním řízení podle § 39g odst. 9 nelze žádat v případě, že:

- v ČR jsou hrazeny pouze přípravky, kterým dosud nebyla stanovena úhrada Ústavem ve správním řízení podle části šesté zákona č. 48/1997 Sb.,
- je žádáno o stanovení pro novou sílu nebo velikost balení léčivého přípravku již hrazeného v jeho jiných silách nebo velikostech balení v situaci, kdy v ČR není hrazen jiný podobný přípravek (typicky v situaci, kdy je žádáno o úhradu originálního přípravku v jiné velikosti balení nebo síle a nejsou ještě hrazeny jiné podobné přípravky – generika).

1.2. Údaje o žadateli

1.2.1. Žadatelem je

Označením vyberte jednu z nabízených možností identifikace typu žadatele podle § 39f odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb.

1.2.2. Žadatel

Pokud je v části 1.2.1. zatržena varianta „Držitel rozhodnutí o registraci léčivého přípravku“, musí být v části 1.2.2. uvedena osoba shodná s údaji uvedenými v rozhodnutí o registraci.

Pokud chce žádost podat jiná osoba, musí být zmocněna držitelem rozhodnutí o registraci a v tom

případě je uvedena jako zmocněnec v oddíle 1.2.3., který je v žádosti vytvořen po stisknutí volby „Přidat zmocněnce“.

1.2.2.1. Název nebo obchodní jméno

Uveďte název fyzické/právní osoby shodně se zápisem v obchodním rejstříku, resp. rejstříku OSVČ.

1.2.2.2. Identifikační číslo je-li přiděleno (IČ)

Uveďte shodně se zápisem v obchodním rejstříku, resp. rejstříku OSVČ.

1.2.2.3. Daňové identifikační číslo (DIČ)

Vyplňte přidělené Daňové identifikační číslo podle osvědčení o registraci k daním, ve tvaru CZ1234567890.

1.2.2.4. Adresa sídla

Uveďte shodně se zápisem v obchodním rejstříku, resp. rejstříku OSVČ.

1.2.2.5. Adresa pro doručování (v případě, že je odlišná od adresy sídla)

Uveďte v případě, že se liší doručovací adresa od adresy sídla žadatele.

1.2.2.6. Telefon

Uveďte pevnou linku a/nebo číslo mobilního telefonu žadatele.

1.2.2.7. E-mail

Uveďte e-mail žadatele ve formátu na@na.na

1.2.2.8. Datová schránka

Uveďte identifikátor datové schránky žadatele.

1.2.2.9. Pověřená osoba

Uveďte osobu dle obchodního rejstříku oprávněnou jednat za společnost, případně osobu, která je k jednání v této věci pověřená. Oprávněnost lze prokázat výpisem z obchodního rejstříku, případně v kombinaci s pověřením k zastupování.

Předkládané doklady musí být dodány v listinné podobě s originálním podpisem nebo v úředně ověřené listinné kopii, v případě zmocnění pro neurčitý počet řízení s úředně ověřeným podpisem zmocnitele, do 5 dnů od přijetí žádosti, jde-li o první podání těchto příloh, nebo došlo-li od minulého podání ke změně zmocnění nebo ujednání. Doklady můžete navíc přiložit také jako přílohy 3.12.1.

1.2.3. Zmocněnec

Pokud zvolíte „Přidat zmocněnce“, výběr jedné z nabízených možností zmocněné osoby je povinný. V téže věci může mít účastník řízení současně pouze jednoho zmocněnce. Na tento požadavek je nutné dbát zejména v případě, kdy je vystavena plná moc pro zastupování v neurčitém počtu řízení do budoucna. V případě, kdy je zmocněno více osob pro jedno správní řízení, není přípustné, aby se rozsah těchto plných mocí překrýval, je třeba přesně specifikovat, pro kterou část řízení je která osoba zmocněna – všechny údaje se zaznamenávají pro příslušného zmocněnce zvlášť, tedy pro každou osobu je znovu použito tlačítko Přidat zmocněnce.

1.2.3.1. Fyzická osoba

1.2.3.1.1. Jméno a příjmení

1.2.3.1.2. Identifikační číslo je-li přiděleno (IČ)

Uveďte shodně se zápisem v obchodním rejstříku, resp. rejstříku OSVČ.

1.2.3.1.3. Daňové identifikační číslo je-li přiděleno (DIČ)

Vyplňte přidělené Daňové identifikační číslo podle osvědčení o registraci k daním, ve tvaru CZ1234567890.

1.2.3.1.4. Adresa bydliště

Uveďte shodně se zápisem v obchodním rejstříku, resp. rejstříku OSVČ.

1.2.3.1.5. Adresa pro doručování (v případě, že je odlišná od adresy bydliště)

Uveďte v případě, že se liší doručovací adresa od adresy bydliště zmocněnce.

1.2.3.1.6. Telefon

Uveďte pevnou linku a/nebo číslo mobilního telefonu zmocněné osoby.

1.2.3.1.7. E-mail

Uveďte e-mail zmocněné osoby ve formátu na@na.na

1.2.3.1.8. Číslo datové schránky

Uveďte identifikátor datové schránky zmocněné osoby.

1.2.3.2. Právní osoba

1.2.3.2.1. Název nebo obchodní jméno

Uveďte název fyzické/právní osoby shodně se zápisem v obchodním rejstříku, resp. rejstříku OSVČ.

1.2.3.2.2. Identifikační číslo je-li přiděleno (IČ)

Uveďte shodně se zápisem v obchodním rejstříku, resp. rejstříku OSVČ.

1.2.3.2.3. Daňové identifikační číslo je-li přiděleno (DIČ)

Vyplňte přidělené Daňové identifikační číslo podle osvědčení o registraci k daním, ve tvaru CZ1234567890.

1.2.3.2.4. Adresa sídla

Uveďte shodně se zápisem v obchodním rejstříku, resp. rejstříku OSVČ.

1.2.3.2.5. Adresa pro doručování (v případě, že je odlišná od adresy sídla)

Uveďte v případě, že se liší doručovací adresa od adresy sídla zmocněnce.

1.2.3.2.6. Telefon

Uveďte pevnou linku a/nebo číslo mobilního telefonu zmocněné osoby.

1.2.3.2.7. E-mail

Uveďte e-mail zmocněné osoby ve formátu na@na.na

1.2.3.2.8. Číslo datové schránky

Uveďte identifikátor datové schránky zmocněné osoby.

1.2.3.2.9. Pověřená osoba

Uveďte osobu dle obchodního rejstříku oprávněnou jednat za společnost, případně osobu, která je k jednání v této věci pověřená. Oprávněnost lze prokázat výpisem z obchodního rejstříku, případně v kombinaci s pověřením k zastupování.

Předkládané doklady musí být dodány v listinné podobě s originálním podpisem nebo v úředně ověřené listinné kopii, v případě zmocnění pro neurčitý počet řízení s úředně ověřeným podpisem zmocnitele, do 5 dnů od přijetí žádosti, jde-li o první podání těchto příloh, nebo došlo-li od minulého podání ke změně zmocnění nebo ujednání. Doklady můžete navíc přiložit také jako přílohy 3.12.1.

Oddíly 1.3. a 1.4. vyplňte pro každý léčivý přípravek (kód SÚKL), pro který je stanovení požadováno. Přidání oddílů 1.3. Údaje o léčivém přípravku / potravine pro zvláštní lékařské účely a 1.4. Návrh výše a podmínek úhrady pro další přípravky je možné pomocí tlačítka „Přidat opakování sekce 1.3. a 1.4. pro jinou velikost balení a/nebo sílu“.

1.3. Údaje o léčivém přípravku / potravine pro zvláštní lékařské účely

1.3.1. Identifikace léčivého přípravku / potraviny pro zvláštní lékařské účely

1.3.1.1. Kód SÚKL

Vyplňte sedmimístný kód léčivého přípravku přidělený Ústavem. Po jeho vyplnění dojde k doplnění většiny níže požadovaných údajů. Pokud některé povinné údaje chybí, doplňte je nebo uveďte „0“ v případě číselného pole a „NA“ v případě textového pole.

V případě, kdy je žádost podávána PZLÚ, které dosud nebyl přidělen kód SÚKL, uveďte „PZLÚ“ a níže požadované údaje doplňte.

1.3.1.2. Název léčivého přípravku/ potraviny pro zvláštní lékařské účely

Vyplňte název přípravku uvedený v rozhodnutí o registraci léčivého přípravku. U PZLÚ uveďte název, pod kterým byla evidována Státní zemědělskou a potravinářskou inspekcí.

1.3.1.3. Registrace

1.3.1.3.1. Registrační číslo

Vyplňte registrační číslo podle rozhodnutí o registraci (např. ve tvaru EU/1/00/145/001 nebo 07/148/78-C). V případě, kdy je žádost podávána pro PZLÚ nebo neregistrovaný přípravek schválený v rámci SLP uveďte „NA“.

1.3.1.3.2. Datum registrace v ČR (d.m.rrrr)

1.3.1.3.3. Typ registrace

Vyplňte datum registrace podle rozhodnutí o registraci (nikoliv podle změny a prodloužení) a typ registrační procedury.

1.3.1.4. Specifický léčebný program

Vyplňte, pokud je žádost podávána pro neregistrovaný přípravek schválený v rámci specifického léčebného programu.

1.3.1.4.1. Probíhá od (d.m.rrrr)

Vyplňte datum schválení specifického léčebného programu.

1.3.1.4.2. Platí do (d.m.rrrr)

Vyplňte datum, do kterého je specifický léčebný program povolen.

1.3.1.4.3. Spisová značka MZ

Vyplňte spisovou značku uvedenou na „Souhlasu s prováděním specifického léčebného programu“ vydaném MZ ČR.

1.3.1.5. Název léčivé látky

Uveďte mezinárodní nechráněný název léčivé látky podle Seznamu INN WHO.

1.3.1.6. ATC klasifikace (na 7 míst)

Uveďte ATC kód dle mezinárodní klasifikace WHO.

1.3.1.7. Definovaná denní dávka (DDD)

Uveďte DDD, pokud je stanovena, pokud není stanovena, uveďte „0“.

1.3.1.8. Definovaná denní dávka (DDD) jednotka (mg, g, IU ap.)

Specifikujte jednotku, ve které je DDD uvedena, např. g, mg, IU, apod., pokud je DDD stanovena, pokud není stanovena, uveďte „NA“.

1.3.1.9. Léková forma

1.3.1.10. Cesta podání

1.3.1.11. Síla

Uveďte obsah léčivé látky v jednotce lékové formy.

V případě kombinovaných přípravků uveďte obsah pro každou léčivou látku odděleně lomítkem.

1.3.1.12. Velikost balení

Uveďte počet jednotek v balení.

1.3.1.13. Počet denních dávek v balení

Uveďte počet DDD v balení, pokud není DDD stanovena, uveďte „0“.

1.3.2. Cenová regulace léčivého přípravku / potraviny pro zvláštní lékařské účely

Pokud žádáte o stanovení výše a podmínek úhrady, vyberte typ cenové regulace.

Cenu uvádějte v číselném tvaru, s přesností na 2 desetinná místa bez symbolu měny. Cena je uváděna v CZK.

1.3.2.4. Písemné ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a držitelem registrace podle ustanovení § 39a odst. 2 písm. (b) zákona č. 48/1997 Sb.

Stejnopis písemného ujednání přiložte k žádosti jako přílohu 3.10.1.

1.3.3. Cena výrobce a úhrada v EU

1.3.4. Cena výrobce nejbližšího terapeuticky porovnatelného léčivého přípravku/potraviny pro zvláštní lékařské účely v ČR, resp. v členských státech EU

Zatržením této části se zobrazí přehled všech zemí EU.

Pokud je daný přípravek v dané zemi obchodován, zatrhněte „Obchodován“ a poté vyplňte **všechny požadované údaje** o ceně výrobce a/nebo úhradě s přesností na dvě desetinná místa. Údaje uvádějte v příslušné národní měně bez označení měny členského státu EU. Pokud je v dané zemi obchodováno více odpovídacích přípravků, tuto přílohu vyplňte údaji týkajícími se přípravku s nejnižší cenou pro konečného spotřebitele za ODTD.

1.3.5. Podobný přípravek

Podobným přípravkem se rozumí léčivý přípravek, který má shodnou léčivou látku nebo léčivé látky a shodnou nebo obdobnou lékovou formu s hrazeným léčivým přípravkem, se kterým je v zásadě terapeuticky zaměnitelný. Dále se podobným přípravkem rozumí biologický léčivý přípravek, který má podobnou biologickou látku nebo biologické látky a shodnou nebo obdobnou lékovou formu s hrazeným léčivým přípravkem, se kterým je v zásadě terapeuticky zaměnitelný. Prvním podobným přípravkem se rozumí takový podobný přípravek, pro který je podána žádost o stanovení maximální ceny nebo výše a podmínek úhrady jako první v pořadí. Pokud se žadatel domnívá, že jeho přípravek je první podobný, měl by tuto skutečnost uvést do průvodního dopisu.

Za nejbližší podobný přípravek se považuje:

- Přípravek se shodnou silou a velikostí balení
- Přípravek se shodnou silou a odlišnou velikostí balení. Rozhodující je nejbližší možná velikost balení. Pokud kritériím vyhovují 2 přípravky, pak je rozhodující přípravek s menší velikostí balení)
- Přípravek s odlišnou silou a shodnou/odlišnou velikostí balení. Rozhodující je nejbližší možná síla/velikost balení. Pokud kritériím vyhovují 2 přípravky, pak je rozhodující přípravek s nižší silou/menší velikostí balení.

Všechny síly a velikosti balení jednoho přípravku se stejným názvem stejného držitele rozhodnutí o registraci jsou považovány za shodný přípravek bez ohledu na dobu, kdy byla podána žádost o stanovení maximální ceny a výše a podmínek úhrady.

1.3.5.1. Identifikace přípravku

1.3.5.1.1. Kód SÚKL

Vyplňte sedmimístný kód léčivého přípravku přidělený Ústavem, po jeho vyplnění dojde k doplnění názvu léčivého přípravku.

1.3.5.1.2. Název léčivého přípravku/ potraviny pro zvláštní lékařské účely

Vyplňte název přípravku uvedený v rozhodnutí o registraci léčivého přípravku.

1.3.5.2. Cenová regulace podobného přípravku

Vyberte typ cenové regulace podobného přípravku.

1.3.5.3. Výše a podmínky základní úhrady podobného přípravku

Uveďte **stanovenou úhradu (ve výši jádrové úhrady)**, a pokud jsou stanoveny podmínky základní úhrady podobného přípravku. V textovém poli pro podmínky úhrady uveďte ANO a/nebo doplňte text indikačního omezení a/nebo doplňte specializaci předepisujícího lékaře/předepisujících lékařů.

1.3.5.3. Výše a podmínky další zvýšené úhrady podobného přípravku

Pokud je stanovena uveďte zvýšenou úhradu (ve výši jádrové úhrady) a podmínky zvýšené úhrady podobného přípravku. V textovém poli pro podmínky úhrady uveďte ANO a/nebo doplňte text indikačního omezení a/nebo doplňte specializaci předepisujícího lékaře/předepisujících lékařů.

1.4. Návrh výše a podmínek úhrady

Základní úhrada / Zvýšená úhrada (podle § 39b odst. 11)

Indikace v SPC, pro které je navrhována úhrada

Vyjmenujte indikace uvedené v SPC, pro které je navrhována úhrada.

Indikace neuvedené v SPC, pro které je navrhována úhrada

Vyjmenujte indikace neuvedené v SPC, pro které je navrhována úhrada.

Referenční skupina

Uveďte kód referenční skupiny, do které je přípravek navrhován zařadit/zařazen, v souladu s vyhláškou MZ ČR, kterou se stanoví seznam referenčních skupin (např. 25/2), název referenční skupiny se vyplní po zadání čísla.

Obvyklá denní terapeutická dávka (ODTD)

Uveďte ODTD, odpovídající obvyklému dávkování v indikacích, pro které je požadována, úhrada. Specifikujte jednotku, ve které je ODTD uvedena, např. g, mg, IU, apod.

Pokud není požadována zvýšená úhrada, uveďte „0“ v případě číselného pole a „NA“ v případě textového pole.

Navrhovaná výše základní úhrady za ODTD / balení (Kč)

Výši úhrady za ODTD a balení uveďte v Kč, v číselném tvaru, s přesností na 2 desetinná místa, oddělená desetinnou čárkou, bez uvedení označení měny.

V textovém poli pro navrhované podmínky úhrady uveďte ANO a/nebo doplňte text indikačního omezení a/nebo doplňte specializaci předepisujícího lékaře/předepisujících lékařů.

Navrhované podmínky úhrady

Podmínky úhrady dle vyhlášky č. 376/2011 Sb. Pro zvýšenou úhradu je vždy třeba navrhnout podmínky úhrady.

V textovém poli pro navrhované podmínky úhrady uveďte ANO a/nebo doplňte text indikačního omezení a/nebo doplňte specializaci předepisujícího lékaře/předepisujících lékařů.

1.4.3. Písemná ujednání

Písemná ujednání přiložte k žádosti jako přílohy 3.10.2. a 3.10.3.

1.5. Očekávané výsledky farmakoterapie

1.5.3.1. Alternativní terapie

1.6. Návrh bonifikace

Podmínky bonifikace upravuje vyhláška č. 376/2011 Sb. (§ 25 až 31).

Souhlas všech zdravotních pojišťoven přiložte k žádosti jako přílohy 3.10.5.

1.7. Dopad na prostředky zdravotního pojištění

Hodnocení dopadu do rozpočtu prostředků veřejného zdravotního pojištění je požadováno, pokud jde o stanovení úhrady přípravku, který není s jiným přípravkem s úhradou zaměnitelný, nebo dochází k rozšíření podmínek úhrady (indikačních nebo preskripčních), je žádáno o další zvýšenou úhradu nebo navýšení úhrady – bonifikaci.

Analýzu dopadu na rozpočet je třeba předkládat i pro hodnocení vysoce inovativních léčivých přípravků.

Vyplnění polí 1.7.1.; 1.7.2.; 1.7.3. a 1.7.4. je povinné.

1.8. Hodnocení nákladové efektivity VaPÚ / MCV + VaPÚ

Hodnocení nákladové efektivity je požadováno, pokud jde o stanovení úhrady přípravku, který není s jiným přípravkem s úhradou zaměnitelný, nebo dochází k rozšíření podmínek úhrady (indikačních nebo preskripčních), je žádáno o další zvýšenou úhradu nebo navýšení úhrady – bonifikaci. Analýzu nákladové efektivity je třeba předkládat i pro hodnocení vysoce inovativních léčivých přípravků.

Vyplnění všech polí části 1.8.1. je povinné.

1.9. Inovativnost léčivého přípravku

Konkretizujte inovativnost přípravku dle vyhlášky č. 376/2011 Sb., které kritérium pro posouzení přípravku jako vysoce inovativního přípravek splňuje.

Zároveň s žádostí o posouzení přípravku jako vysoce inovativního doplňte náležitosti dle ustanovení § 39d odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., přiložte k žádosti jako přílohu 3.10.4.

Část 2 – Zdůvodnění žádosti

Textem popište souhrny výsledků přiložených studií a jiných důkazů předložených v plném znění v části 3 – přílohy. Vyplnění polí 2.1., 2.2. a 2.3. je povinné

Část 3 – Přílohy

Povoleny jsou soubory typu DOC, DOCX a PDF. Přílohu vyhledejte na disku a přiložte soubor, příloh lze postupně přidat i větší počet.

3.10. Smlouvy / Ujednání

Stejnopisy smluv / ujednání musí být dodány také v listinné podobě.

3.10.1. Ujednání dle ustanovení §39a odst. 2 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb.

Příložený přílohy je povinné, pokud jste zaškrtnli bod 1.3.2.4.

3.10.2. Ujednání dle ustanovení §39c odst. 2 písm. c) zákona č. 48/1997 Sb.

Příložený přílohy je povinné, pokud jste zaškrtnli bod 1.4.3.1.

3.10.3. Ujednání dle ustanovení §39c odst. 2 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb.

Příložený přílohy je povinné, pokud jste zaškrtnli bod 1.4.3.2.

3.10.4. Smlouva o sdílení rizik dle ustanovení § 39d odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb.

Příložený přílohy je povinné, pokud jste zaškrtnli bod 1.9.2.

3.10.5. Souhlas všech zdravotních pojišťoven s bonifikací ve veřejném zájmu

Příložený přílohy je povinné, pokud jste zaškrtnli bod 1.6.6.1.

3.11. Jiné přílohy

Možnost vložení dalších dokumentů, které jsou podstatné pro rozhodování ve věci stanovení výše a podmínek úhrady, maximální ceny výrobce, a maximální ceny výrobce a výše a podmínek úhrady přípravku ze zdravotního pojištění.

3.12. Administrativní

3.12.1. Plná moc

Zaškrtněte, zda se žádostí předkládáte plnou moc nebo zda již byla plná moc předložena.

Plná moc musí být dodána v listinné podobě s originálním podpisem nebo v úředně ověřené listinné kopii, v případě zmocnění pro neurčitý počet řízení s úředně ověřeným podpisem zmocnitele, do 5 dnů od přijetí žádosti, jde-li o první podání těchto příloh, nebo došlo-li od minulého podání ke změně zmocnění nebo ujednání.

Kopii předložené i předkládané plné moci, můžete přiložit jako přílohu (např. pro snadnější ověření již předložené plné moci).

3.12.2. Doklad o zaplacení správního poplatku

Přiložte doklad, kterým doložení zaplacení / zadání platby správního poplatku vygenerovaného ve formuláři pro platby (např. příkaz k úhradě).

3.13. Čestné prohlášení

Zaškrtněte checkbox prohlášení „Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé a úplné“ a uveďte datum prohlášení, pokud jste vyplnili všechny náležitosti žádosti pravdivě, úplně, bez zamlčení skutečností, podstatných pro rozhodování správního orgánu ve věci stanovení výše a úhrady přípravku ze zdravotního pojištění.

Pokyny k odeslání:

Žádost musí být doručena na podatelnu SÚKL - elektronicky, písemně, datovou schránkou - viz

Pokyny k odeslání žádosti – <http://www.sukl.cz/modules/cau/pokyny.pdf>.