4.pielikums

Procesam P-13 “Kompensējamo zāļu sarakstu veidošana, uzturēšana un resursu kontrole”

**Iesniegums**

**medicīniskās ierīces kompensācijas nosacījumu pārskatīšanai**

|  |
| --- |
| **Iesniedzējs:** Juridiskās personas nosaukums:Reģistrācijas Nr.: |
| Adrese: | Tālrunis:E-pasts: |
| Iesnieguma Iesniedzēja vārds, uzvārds:Amats:  | Tālrunis:E-pasts: |
| **Maksātājs** (adrese)**:** |
| Norēķinu rekvizīti: |

Lūdzam noteikt šādus kompensācijas nosacījumus medicīniskajai ierīcei:

|  |  |
| --- | --- |
| Medicīnisko ierīču grupa | Medicīniskās ierīces nosaukums(izmērs) |
|  |  |
| Diagnozes kods pēcSSK-10(3 zīmes) | Diagnoze | Pacientu mērķa grupa(-as) diagnozes ietvaros (pamatojoties uz klīnisko pētījumu rezultātiem) |
|  |  |  |

**Iesniegumam pievienojamā informācija:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Pamatojums kompensācijas nosacījumu pārskatīšanai konkrētai diagnozei vai pacientu mērķa grupai, vai medicīniskās ierīces iekļaušanai citā sarakstā; |  |
| 2. Paredzamā kompensācijai piešķirto līdzekļu patēriņa aprēķins, ietverot pacientu mērķa grupas un pacientu skaitu, kā arī aprēķins par iespējamo kompensācijas kārtībā Latvijā pārdodamo medicīnisko ierīču daudzumu un prognozējamo apgrozījumu, mainot kompensācijas nosacījumus; |  |
| 3. Informācija par medicīnisko ierīču ražotāja realizācijas cenu Čehijā, Dānijā, Igaunijā, Lietuvā, Polijā, Rumānijā, Slovākijā un Ungārijā, norādot cenu attiecīgās valsts valūtā un *euro* atbilstoši grāmatvedībā izmantojamam ārvalstu valūtas kursam iesnieguma iesniegšanas dienā. |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (datums) (Iesniedzēja vārds, uzvārds) (paraksts)

|  |
| --- |
|   Saņemts\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |