# Žádost o prominutí/vrácení náhrady výdajů podle zákona o léčivech a zákona o lidských tkáních a buňkách

Pro jednoznačnou identifikaci žádosti je nutno vyplnit všechna pole!

|  |  |
| --- | --- |
| Sp. zn. žádosti |  |
| Registrační číslo \*) |  |
| Číslo procedury \*\*) |  |
| Odborný úkon (Kategorie vizUST-29): |  |
| Kód (viz UST-29): |  |
| Název přípravku v případě žádostí ve věci registrací: |  |
| Specifikace obsahu žádosti |  |
| Název žadatele: |  |
| Adresa žadatele: | Ulice, pošt. box: | Město, PSČ, stát: |
| Kontaktní osoba: |  |
| Adresa kontaktní osoby: |  | Telefon, email: |
| Částka k vrácení v Kč: |  | Datum zaplacení: |
| Variabilní symbol žádosti \*\*\*) |  | Vrátit v měně: |
| Název peněžního ústavu žadatele: |  | Adresa: |
| Číslo účtu/kód banky: |  | IBAN: |
| SWIFT: |  | Národní clearingový kód – pokud je znám: |
| Odůvodnění: |  |
| Odkaz na zdroje, kde je možné tvrzení ověřit |  |

*) Registrační číslo uveďte v případě žádosti o vrácení roční udržovací platby nebo žádosti o vrácení náhrad výdajů k jakémukoliv řízení vztahujícímu se k již zaregistrovanému léčivému přípravku*

\*\*) *Číslo procedury, pokud jde o postupy vzájemného uznávání*

*\*\*\*) Variabilní symbol uvedený na dokladu ”Potvrzení o zaplacení náhrady výdajů“*

Datum Jméno a podpis žadatele

***Nevyplňujte – určeno pro vnitřní potřeby SÚKL***

Stanovisko útvaru provádějícího odborný úkon k odůvodnění uvedenému v žádosti: …………

Proto souhlasím/nesouhlasím s prominutím/vrácením částky: ………………. Kč.

Datum Jméno a podpis příkazce operace