Wzór oświadczenia świadczeniodawcy.

W imieniu świadczeniodawcy oświadczam, że produkt leczniczy Tagrisso (ozymertynib) tabletki powlekane, 80 mg, 30 tabl., EAN 5000456012065, **został wydany** do stosowania **pacjentowi spełniającemu kryteria programu lekowego B.6.**, zgodnie z następującym zestawieniem:

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane świadczeniodawcy** | **Informacje na temat liczby opakowań leku Tagrisso (ozymertynib) wydanych poszczególnym pacjentom** |
| Nazwa:Adres:NIP: | Unikalny Numer Pacjenta (UNP) stanowiący 5 ostatnich cyfr numeru PESEL pacjenta | Data rozpoczęcia terapii | Data zaprzestania terapii lekiem Tagrisso (jeśli dotyczy) | Liczba wydanych opakowań leku Tagrisso w poszczególnych miesiącach (M - kolejny miesiąc) terapii |
| Suma wydanych opakowań w trakcie leczenia | **M 1** | **M 2** | **M 3** | **M 4** | **M 5** | **M 6** | **M 7** | **M 8** | **M 9** | **M 10** | **M 11** | **M 12** | **M 13** | **M 14** | **M 15** | **M 16** | **M 17** | **M 18** | **M 19** | **M 20** | **M 21** | **M 22** | **M 23** | **M 24** |
|  \*\*\*\*11111 |  |    | 1 | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  \*\*\*\*22222 |  |    | 1 | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  \*\*\*\*33333 |  |    | 1 | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Imię i Nazwisko kierownika apteki szpitalnej lub innej osoby reprezentującego świadczeniodawcę:

Stanowisko:

Podpis:

Pieczątka:

Wypełniony formularz prosimy przesłać na adres: ................@..................... w formie elektronicznej (plik Excel) oraz w formie podpisanego wydruku (np. skan pdf).

W imieniu świadczeniodawcy oświadczam, że produkt leczniczy Tagrisso (ozymertynib) tabletki powlekane, 40 mg, 30 tabl., EAN 5000456012058, **został wydany** do stosowania **pacjentowi spełniającemu kryteria programu lekowego B.6.**, zgodnie z następującym zestawieniem:

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane świadczeniodawcy** | **Informacje na temat liczby opakowań leku Tagrisso (ozymertynib) wydanych poszczególnym pacjentom** |
| Nazwa:Adres:NIP: | Unikalny Numer Pacjenta (UNP) stanowiący 5 ostatnich cyfr numeru PESEL pacjenta | Data rozpoczęcia terapii | Data zaprzestania terapii lekiem Tagrisso (jeśli dotyczy) | Liczba wydanych opakowań leku Tagrisso w poszczególnych miesiącach (M - kolejny miesiąc) terapii |
| Suma wydanych opakowań w trakcie leczenia | **M 1** | **M 2** | **M 3** | **M 4** | **M 5** | **M 6** | **M 7** | **M 8** | **M 9** | **M 10** | **M 11** | **M 12** | **M 13** | **M 14** | **M 15** | **M 16** | **M 17** | **M 18** | **M 19** | **M 20** | **M 21** | **M 22** | **M 23** | **M 24** |
|  \*\*\*\*11111 |  |    | 1 | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  \*\*\*\*22222 |  |    | 1 | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  \*\*\*\*33333 |  |    | 1 | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Imię i Nazwisko kierownika apteki szpitalnej lub innej osoby reprezentującego świadczeniodawcę:

Stanowisko:

Podpis:

Pieczątka:

Wypełniony formularz prosimy przesłać na adres: …………………@.................. w formie elektronicznej (plik Excel) oraz w formie podpisanego wydruku (np. skan pdf)