

Blanketten skickas till: Läkemedelsverket  
Box 26  
751 03 Uppsala

## Ansökan om avregistrering av läkemedel

1. Innehavare av marknadsföringstillstånd eller ombud	
Företagsnamn	
Postadress	Postnr och ort
Kontaktperson	E-post
Telefon	Fax

2. Läkemedel	
Läkemedelsnamn	
Styrka och läkemedelsform	Aspnr:  Godkännande-nr:
Önskat avregistreringsdatum (ska vara det sista datumet i en månad)	

3. Skäl till avregistreringen (fler än ett alternativ kan väljas)	
<input type="checkbox"/> Låg omsättning <input type="checkbox"/> Produktionssvårigheter <input type="checkbox"/> Ändrade terapirekommendationer/modernare preparat finns <input type="checkbox"/> Annat, nämligen	<input type="checkbox"/> Sortimentrationalisering <input type="checkbox"/> Ändrad säkerhetsbedömning

4. Ytterligare information	
Avser MAH/ombud informera förskrivare? <input type="checkbox"/> Ja, informationsmaterial bifogas <input type="checkbox"/> Ja, informationsmaterial insänds senare <input type="checkbox"/> Nej	
Finns tillgång till generika på svenska marknaden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja, vilka?	
Finns tillgång till alternativa behandlingar på svenska marknaden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja, vilka?	
Om licensförskrivning kan bli aktuell finns produkten till försäljning i annat land? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja, vilka?	
Om avregistreringen påverkar produktinformationen ska SPC/PIL insändas med markerade ändringar tillsammans med ansökan.	

5. Övriga upplysningar

6. Sökandes underskrift		
Underskrift	Namnförtydligande	Datum