

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)	
Låg omsättning Produktionssvårigheter Ändrade terapirekommendationer/modernare preparat finns	Sortimentsrationalisering Ändrad säkerhetsbedömning
Annat, nämligen	

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

5. Övriga upplysningar

6. Sökandes underskrift		
Underskrift	Namnförtydligande	Datum