

Fuldmagt til anvendelse af ekstern repræsentation i forbindelse med behandling og korrespondance

Lægemiddel/indikation:

Fuldmagtsgiver

Lægemiddelvirksomhed:

Navn (kontaktperson):

Telefon/e-mail:

Dato og underskrift: _____

Fuldmagtshaver (konsulent eller anden ekstern repræsentant)

Navn/firma:

Telefon/e-mail:

Dato og underskrift: _____

Fuldmagtshaver får med denne fuldmagt ret til at varetage fuldmagtsgivers interesser i forbindelse med ansøgningsprocessen i Medicinrådet. Fuldmagtshaver er fuldmagtsgivers partsrepræsentant og handler på dennes vegne. Fuldmagtsgiver er opmærksom på og indforstået med, at al korrespondance fra Medicinrådet, herunder Medicinrådets sekretariat, fremover alene sker til fuldmagtshaver. Henvendelser fra fuldmagtshaver i forbindelse med ansøgningsprocessen bedes alene stiles til Medicinrådets sekretariat. Fuldmagten er gældende i forbindelse med behandling og korrespondance vedrørende det pågældende lægemiddel/den pågældende indikation. Fuldmagtsgiver kan når som helst trække fuldmagten tilbage ved at give besked til Medicinrådet.

Medicinrådet vejleder og rådgiver ud fra almindelige principper om god sagsbehandlingsskik. Såfremt fuldmagtshaver anmoder Medicinrådet om rådgivning og vejledning i forbindelse med ansøgningsprocessen, vil dette alene forekomme i samme omfang, som hvis fuldmagtsgiver selv varetog processen. Medicinrådet opfordrer fuldmagtsgiver til at sikre fuldmagtshaver bedst mulige betingelser for at bestride partsrepræsentationen.

Såfremt fuldmagtsgiver lader sig repræsentere af en konsulent eller lignende, vil der i udgangspunktet være en formodning for, at denne har særligt kendskab til området, og omfanget af vejledningen fra Medicinrådets side kan efter en konkret vurdering indsnævres.