

Firma: \*  
Adresse: \*

Kontaktperson: \*  
Dato: \*  
Tlf.: \*  
E-post: \*

## Søknad om refusjon for \*

Produkt- og prislister: \* Diabetes

Produktområde: \* Diabetes

Produktgruppe: \*

Artikkelgruppe: \*

Varenr	Art.nr	Produktnamn *	Str. *	Eining*	Mengd /pkn. *	GIP *

Felta som er merkte med \*, må fyllast ut, elles blir søknaden send i retur

### Må følgje søknaden:

(Kryss av for å stadfeste at punkta er utførte)

Vareprøve      Ettersend til HELFO Hovedkontor, Postboks 2440, 3104 Tønsberg

Obligatorisk, men berre éin per gruppe, det vil seie at ved identiske produkt med ulik storleik skal det leggjast ved éin vareprøve.

Produktdatablad

Innholdsstoff/-liste

Varenummer

Må fyllast ut når HELFO-godkjenninga har utløyst eit nummer frå Vareregistersentralen.

CE-merking

Obligatorisk

Tilråding frå NOKLUS

Skal ikkje fyllast ut, berre til intern bruk for saksbehandlaren i HELFO.