

ПРЕДЛОГ ЗА УВОЗ МЕДИЦИНСКОГ СРЕДСТВА

Име медицинског средства:	
Намена медицинског средства:	
Медицински разлози за потребу набављања медицинског средства које нема дозволу за стављање у промет:	
Количина медицинског средства која је потребна:	
Подаци о здравственој установи:	Име здравствене установе: Адреса здравствене установе:
Овим преузимам пуну одговорност да је медицинско средство неопходно наведеној здравственој установи, као и да ћу водити евиденцију о предлогу за увоз нерегистрованог медицинског средства:	

Печат здравствене
установе

Потпис директора
здравствене установе

Датум