



Име и адреса увозника медицинског средства:

ТЕЛ/ФАКС:

Овим гарантујем увоз медицинског средства од стране наведеног увозника, као и то да ћу водити евиденцију о увозу и издавању медицинског средства.

---

Датум

---

потпис (печат) овлашћеног лица