

Agencija za lekove i medicinska sredstva Srbije



Predmet br: _____

Datum prijema: _____

Popunjava Agencija za lekove i medicinska sredstva Srbije

Obrazac popuniti štampanim slovima

Podnosilac zahteva:					
PIB:		Matični broj:		Kontakt osoba:	
Tel.:		Faks:		E-mail:	
Mesto i adresa:					

OBRAZAC za dopunu dokumentacije

Broj zahteva/predmeta pod kojim je pokrenut postupak u Agenciji:		Datum:	
--	--	--------	--

1. Vrsta odgovora

- formalna nekompletnost Clock-stop dopuna dokumentacije

2. Vrsta postupka

- registracija obnova varijacija uvoz stručno mišljenje

3. Deo dokumentacije za koju je podneta dopuna dokumentacije

- kvalitet efikasnost i bezbednost bioekvivalencija
 PSUR SmPC/PiL nakon komisije ostalo

Napomena:

--

Datum: _____

M.P.

Potpis odgovornog lica

.....