

ПРИЈАВА СУМЊЕ НА ДЕФЕКТ МЕДИЦИНСКОГ СРЕДСТВА**ХИТНО!**

Број пријаве:		
Министарство здравља Немањина 22–26 Београд Тел: <input type="checkbox"/>	АЛИМС Војводе Степе 458 Београд Тел: <input type="checkbox"/>	Овлашћено тело: Адреса: Тел: <input type="checkbox"/>
Дефект медицинског средства:		
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> фалсификовано медицинско средство		
Назив производа:		Класа и категорија:
Ознака производа:		Врста и величина паковања:
Број серије:		Животни век:
Произвођач/овлашћени представник произвођача:		
Опис уоченог дефекта/сумње у фалсификат медицинског средства:		
Датум и време уоченог дефекта/сумње у фалсификат медицинског средства:		
Име, презиме и број телефона лица које је уочило дефект/посумњало да је медицинско средство фалсификат, као и назив и адреса правног или физичког лица у коме је то лице запослено:		
Број узорака:		Здравствена установа у којој је примењено медицинско средство:
Мере предузете у односу на пацијента:		
Име, презиме и број телефона лица које пријављује дефект медицинског средства:		
Пријаву примио:	Датум пријема пријаве:	Време пријема пријаве: