ЗАХТЕВ ЗА УВОЗ МЕДИЦИНСКОГ СРЕДСТВА КОЈЕ НИЈЕ РЕГИСТРОВАНО

Назив медицинског средства, произвођач (назив и држава), јединица мере, количина:
Увозник (пун назив фирме и адреса):
Да ли се медицинско средство налази у промету у земљи порекла: 1. ДА 2. НЕ
Да ли је Агенцији за лекове и медицинска средства Србије поднет захтев за регистрацију медицинског средства: 1. ДА 2. НЕ
Ако је поднет захтев за регистрацију, односно за продужење регистрације, навести: 1. Датум подношења: 2. Број захтева: 3. Датум престанка важења претходног решења: 4. Број претходног решења:
Ако није поднет захтев за регистрацију, односно за продужење регистрације, навести разлоге:
Назив и адреса предлагача увоза по чијем предлогу се врши увоз: Назив:_____ Адреса:_____
Намена медицинског средства: Увезене количине медицинског средства у текућој календарској години:
Име, адреса, ПИБ и матични број увозника медицинског средства: ТЕЛ/ФАКС: Овим гарантујем да је увоз медицинског средства у складу са Предлогом за увоз нерегистрованог медицинског средства, као и то да се води евиденција о увозу и дистрибуцији медицинског средства и доставља у законском року Министарству здравља Републике Србије. _____ _____ Датум Потпис овлашћеног лица увозника

Прилог 1 - Захтев за увоз медицинског средства које није регистровано