Прилог 2.

ЗАХТЕВ ЗА УВОЗ МЕДИЦИНСКОГ СРЕДСТВА КОЈЕ НИЈЕ УПИСАНО У РЕГИСТАР МЕДИЦИНСКИХ СРЕДСТАВА

Назив медицинког средства:

Генерички назив медицинског средства:

Произвођач, земља порекла:

Увозник:

Класа медицинког средства :

Количина медицинског средства (број паковања):

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 упис медицинског средства у Регистар медицинских средстава:
1. ДА 2. НЕ

Ако је поднет захтев за упис медицинског средства у Регистар медицинских средстава, навести:

1.Датум подношења:_____
2.Број захтева:_____
3.Датум престанка важења претходног решења:_____
4.Бр. претходног решења: _____

Ако није поднет захтев за упис медицинског средства у Регистар медицинских средстава навести разлоге:

Назив и адреса здравствене установе по чијем предлогу се врши увоз

Назив:_____

Адреса:_____

Намена медицинког 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 ће се водити евиденција о увозу и дистрибуцији медицинског средства и доставити у законском року Министарству здравља Републике Србије.

_____ _____

Датум Потпис (печат) овлашћеног лица предлагача увоза