

ПРЕДЛОГ ЗА УВОЗ МЕДИЦИНСКОГ СРЕДСТВА
КОЈЕ НИЈЕ РЕГИСТРОВАНО ЗА ОДРЕЂЕНОГ
ПАЦИЈЕНТА ИЛИ ГРУПУ ПАЦИЈЕНАТА

Назив медицинског средства, произвођач (назив и држава), јединица мере, количина:

Увоз медицинског средства врши се за:

једног пацијента

групу пацијената

Намена медицинског средства:

Количина медицинског средства и период за који је та количина медицинског средства потребна:

Име предлагача увоза:

Адреса предлагача увоза:

Овим преузимамам потврђујем да је медицинско средство неопходно наведеном пацијенту, односно групи пацијената:

Датум

Потпис (факсимил) одговорног лица предлагача увоза