

**ЗАХТЕВ ЗА УВОЗ НЕРЕГИСТРОВАНОГ ЛЕКА**

Име лека: Интернационални незаштићен назив (INN) или генерички назив (активне супстанце/супстанци): Произвођач и адреса: Увозник и адреса: Фармацеутски облик, јачина и величина паковања лека:	
Количина лека (број паковања):	
Листа земаља у којима лек има дозволу за лек:	
Да ли је Агенцији за лекове и медицинска средства Србије поднет захтев за добијање дозволе за лек:  1. ДА                      2. НЕ	
Ако је поднет захтев за добијање дозволе за лека, навести: 1. Датум подношења: _____ 2. Број захтева: _____ 3. Датум престанка важења дозволе: _____ 4. Рег. бр. претходне дозволе: _____	
Ако није поднет захтев за добијање дозволе за лек навести разлоге:	
Назив и адреса здравствене установе по чијем предлогу, односно за чије потребе се врши увоз  Назив: _____  Адреса: _____	
Индикације:  Увезене количине лека у текућој календарској години:	
Име, адреса, ПИБ и матични број увозника лека:  ТЕЛ/ФАКС:  Овим гарантујем да је увоз лека у складу са Предлогом за увоз нерегистрованог лека и смерницама Добре праксе у дистрибуцији лекова као и да ће се водити евиденција о увозу лека и достављати у законом прописаном року Министарству здравља Републике Србије.	
_____ Датум	_____ Потпис (печат) овлашћеног лица увозника