

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

Назив медицинског средства:

Генерички назив медицинског средства:

Произвођач, земља порекла:

Увозник:

Класа медицинског 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 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 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