

**ПРЕДЛОГ ЗА УВОЗ НЕРЕГИСТРОВАНОГ ЛЕКА
ЗА ОДРЕЂЕНОГ ПАЦИЈЕНТА ИЛИ ГРУПУ ПАЦИЈЕНАТА**

Име лека:		
Интернационални незаштићен назив (INN) или генерички назив (активне супстанце/супстанци):		
Фармацеутски облик, јачина и величина паковања лека:		
Лек се увози за:		
<input type="checkbox"/> једног пацијента		
<input type="checkbox"/> групу пацијената		
Индикација за примену лека:		
Количина лека и период за који је та количина лека потребна:		
Име здравствене установе:		
Адреса здравствене установе:		
Овим преузимам пуну одговорност да је лек неопходан наведеном пацијенту, односно групи пацијената, као и да ће се водити евиденција о прописивању нерегистрованог лека:		
_____	_____	_____
Печат здравствене установе	Потпис/факсимил директора здравствене установе	Датум