

Прилог 5.
ПРЕДЛОГ ЗА УВОЗ МЕДИЦИНСКОГ СРЕДСТВА КОЈЕ НИЈЕ УПИСАНО
У РЕГИСТАР МЕДИЦИНСКИХ СРЕДСТАВА
ЗА ОДРЕЂЕНОГ ПАЦИЈЕНТА ИЛИ ГРУПУ ПАЦИЈЕНАТА

Назив медицинског средства:		
Генерички назив медицинског средства:		
Увоз медицинског средства се врши за:		
<input type="checkbox"/> једног пацијента		
<input type="checkbox"/> групу пацијената		
Намена медицинског средства:		
Количина медицинског средства и период за који је та количина медицинског средства потребна:		
Име здравствене установе:		
Адреса здравствене установе:		
Овим преузимам пуну одговорност да је медицинско средство неопходно наведеном пацијенту, односно групи пацијената, као и да ће се водити евиденција о прописивању медицинског средства које није уписано у Регистар медицинских средстава:		
_____	_____	_____
Печат здравствене установе	Потпис/факсимил директора здравствене установе	Датум