|  |  |
| --- | --- |
| **Podnosilac zahtjeva**Naziv, adresa i PIB |  |
| Kontakt osoba: |  |
| Tel.: |  |
| Fax: |  |
| E-mail: |  |

**ZAHTJEV ZA IZDAVANJE DOZVOLE ZA** Kliknuti ovdje za unos teksta **PREKURSORA I LJEKOVA KOJI SADRŽE PREKURSORE**

NAZIV ILI FIRMA I ADRESA UVOZNIKA Kliknuti ovdje za unos teksta

ZEMLJA UVOZNIKA Kliknuti ovdje za unos teksta

NAZIV FIRME I ADRESA IZVOZNIKA Kliknuti ovdje za unos teksta

ZEMLJA IZVOZNIKA Kliknuti ovdje za unos teksta

PROIZVOĐAČ Kliknuti ovdje za unos teksta

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZIV SUPSTANCE ILI PREPARATA** | **NAZIV PREKURSORA** | **HS kod CAS broj** | **KOLIČINA PAKOVANJA** | **(%)** **ANHIDROVANE BAZE** | **UKUPNA MASA/ZAPREMINA PREKURSORA U PREPARATU** | **BROJ SERIJE** |
|  |  |  |  |  |  |  |

PREKO CARINARNICE (carinska ispostava) Kliknuti ovdje za unos teksta

PRAVAC KRETANJA I MJESTO ULASKA/ IZLASKA U DRŽAVU Kliknuti ovdje za unos teksta

VREMENSKI TERMIN U KOME ĆE SE IZVRŠITI UVOZ/IZVOZ/TRANZIT Kliknuti ovdje za unos teksta

NAČIN PREVOZA, PODACI O TRANSPORTNOM SREDSTVU Kliknuti ovdje za unos teksta

BR. UVOZNE DOZVOLE (**u slučaju izvoza**) Kliknuti ovdje za unos teksta

KRAJNJI KORISNIK Kliknuti ovdje za unos teksta

KRAJNJA NAMJENA ROBE Kliknuti ovdje za unos teksta

|  |
| --- |
| Ovim izjavljujem da su svi podaci u vezi preparata koji sadrže prekursore za uvoz/izvoz istiniti, ispravni i potpuni. Takođe potvrđujem, da će troškovi za izdavanje dozvole biti plaćeni u skladu sa cjenovnikom Instituta za ljekove i medicinska sredstva.Odgovorna osoba za dobijanje dozvole:Ime i prezime: Kliknuti ovdje za unos teksta Potpis i pečat Funkcija: Kliknuti ovdje za unos tekstaMjesto: Kliknuti ovdje za unos teksta Datum (dd-m-yyyy): Kliknuti za unos datuma  |