|  |
| --- |
| **PODACI O PODNOSIOCU REKLAMACIJE** |
| Puni naziv pravnog lica: |  |
| PIB: |  |
| Skraćeni naziv pravnog lica: *(ako je primjenljivo)* |  |
| Adresa: |  |
| Telefon: |  |
| e-mail: |  |
| Odgovorna osoba: |  |
| **REKLAMACIJA** |
| Vrsta akta/dokumenta na koji se reklamacija odnosi: |  |
| Broj akta/dokumenta na koji se reklamacija odnosi: |  |
| Datum izdavanja akta/dokumenta: |  |
| Broj predmeta: |  |
| Datum preuzimanja akta/dokumenta za koji se podnosi reklamacija, sa arhive CInMED: |  |
| *Napomena: Na jednom obrascu moguće je podnijeti reklamaciju samo na jedan akt/dokument. Reklamacije na sastavne djelove dozvole za lijek (SPC, PIL, pakovanje) podnose se u okviru jednog zahtjeva.* |
| **OPIS REKLAMACIJE** |
|  |
| *Napomena: Uz ovaj obrazac obavezno priložiti kopiju akta/dokumenta na koji se odnosi reklamacija* |

 M.P.

 Podnosilac zahtjeva / potpis