|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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