|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tabela sa spiskom proizvoda koji se uvoze:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **R. br.** | **Naziv artikla, oblik i pakovanje** | **Proizvođač** | **J.mj.** | **Količina** | **Cijena** | **Ukupno** |
|  | ...... | ......... | kom | ... | ..... | ...... |
|  | ....... | ……. | kom | ... | ….. | ...... |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Deklarisana vrijednost uvoza: 00,00 €****RABAT: 00,00 €****UKUPNA VRIJEDNOST UVOZA: 00,00 €****Podnosilac zahtjeva:**Ime kompanije - veleprodaje (naziv iz CRPS): Adresa: Telefon: e-mail: **Inoisporučilac**: **Lice odgovorno za vigilancu i praćenje medicinskog sredstva u prometu:** Ime, prezime i zvanje: Telefon: e-mail: **Da li se medicinsko sredstvo nalazi u prometu u državi proizvođača**[ ]  DA[ ]  NE**Da li je Institutu za ljekove i medicinska sredstva podnijet zahtjev za registraciju/produženje registracije medicinskog sredstva** [ ]  DA[ ]  NE**Ukoliko je podnijet zahtjev za registraciju medicinskih sredstava navedite sljedeće:**1. Broj zahtjeva:
2. Datum podnošenja zahtjeva:
 |

|  |
| --- |
| **Ukoliko je podnijet zahtjev za produženje registracije medicinskih sredstava navedite sljedeće:**1. Broj rješenja za koji je podnešen zahtjev za produženje:
2. Datum prestanka važenja rješenja:

**Ukoliko nije podnijet zahtjev za registraciju/produženje registracije medicinskih sredstava, navesti razloge:****Naziv i adresa predlagača uvoza:** **Uvezene količine medicinskog sredstva u tekućoj godini:**IZJAVA ODGOVORNOG LICA PODNOSIOCA ZAHTJEVADolje potpisani potvrđujem* da je dokumentacija vezana za zahtjev za uvoz medicinskog sredstva koja nijesu registrovana u skladu sa zahtijevanim propisom;
* da ću pratiti neželjena štetna dejstva i medicinsko sredstvo u prometu i o njima izvijestiti Institut u skladu sa zakonom;
* da se prijavljena djelatnost obavlja tako da je osigurana zaštita javnog zdravlja u skladu sa važećim propisima

*Ime, prezime odgovorng lica podnosioca zahtjeva* Potpis: Datum: Pečat:*Obrazac nije dopušteno mijenjati!**Napomena: Obrazac se predaje u originalu (u papirnoj ili elektronskoj formi u skladu sa zakonom kojim se uređuje elektornski dokument)**Uputstvo za popunjavanje tabele: font Times New Roman, 12. U slučaju potrebe, naziv artikla može sadržati dopunske oznake (šifre), tip, ili naziv/broj modela navedenog medicinskog sredstva* |