|  |
| --- |
| **TIP ZAHTJEVA** *(izabrati tip zahtjeva označavanjem odgovarajućeg polja)* |
| [ ]  Registracija specijalizovanog maloprodajnog objekta [ ]  Izmjena/dopuna registracije [ ] Brisanje specijalizovanog maloprodajnog objekta iz registra |

|  |
| --- |
| **PODACI O PODNOSIOCU ZAHTJEVA** *(ispuniti štampanim slovima)* |
| Puni naziv pravnog lica: |  |
| PIB: |  |
| Skraćeni naziv pravnog lica:*(ako je primjenljivo)* |  |
| Adresa |  |
| Telefon: |  |
| e-mail adresa: |  |
| Kontakt osoba: |  |
|  |  |
| **Klasa medicinskih sredstava** | [ ]  Klasa I [ ]  Klasa IIa [ ]  Klasa IIb [ ]  Klasa III [ ]  AIMD [ ]  IVD |
| **Kategorija medicinskog sredstva** |  [ ]  Aktivni implantabilni Anestezijska i respiratorna sredstva  [ ]  Dentalna medicinska sredstva Medicinska elektro-mehanička [ ]  Bolničko-aparaturna oprema In vitro dijagnostička sredstva [ ]  Neaktivni hirurški implanti Oftalmološka i optička sredstva [ ]  Instrumenti za višekratnu upotrebu Tehnička sredstva za hendikepirana lica [ ]  Sredstva za jednokratnu upotrebu Druga sredstva [ ]  Dijagnostička i terapeutska sredstva u radiologiji  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |
| **POTREBNA DOKUMENTACIJA**  |
| *Opis za traženu izmjenu/dopunu registracije veleprodaje (samo kod izmjene/dopune registracije)* *Obrazloženje razloga za brisanje veleprodaje iz registra (samo kod brisanja veleprodaje iz registra)* |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mjesto / datum Podnosilac zahtjeva / potpis |