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