|  |
| --- |
| **Naziv medicinskog sredstva, proizvođač, jedinica mjere i količina:** |
| **R. br.** | **Naziv artikla, oblik i pakovanje** | **Proizvođač** | **J.mj.** | **Količina** |
|  |  |  | kom |  |
|  |  |  | kom |  |
|  |  |  | kom |  |
| **Svrha uvoza medicinskog sredstva:** |
| *\*Zaštita javnog zdravlja/hitna medicinska potreba* |
| **Naziv i adresa predlagača uvoza:** |
| Naziv: |  |
| Adresa: |  |
| **Naziv i adresa veleprodaje koja se ovlašćuje da izvrši uvoz medicinskih sredstava:** |
| Naziv: |  |
| Adresa: |  |

|  |
| --- |
| **Obrazloženi predlog (stručno mišljenje) odgovornog lica predlagačauvoza o neophodnosti uvoza** |
| Ovim potvrđujem da će se medicinska sredstva upotrebljavati u skladu sa namjenom. |
|   |
|  *Datum Potpis (faksimil) odgovornog lica predlagača uvoza* *(direktor/rukovodilac zdravstvene ustanove)* |

*Napomene:*

* *Obrazac nije dopušteno mijenjati!*
* *Obrazac se predaje u originalu (u papirnoj ili elektronskoj formi u skladu sa zakonom kojim se uređuje elektronski dokument*
* *Ukoliko je uvoz medicinskih sredstava predmet tenderske nabavke/ugovora obavezno se pozvati na broj predmetnog ugovora*