**ДО**

**АГЕНЦИЈА ЗА ЛЕКОВИ И МЕДИЦИНСКИ СРЕДСТВА**

**СКОПЈЕ**

**Предмет: Барање за вршење на дејност – промет на големо со медицински средства**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Полн назив на подносителот на барањето** | |
| Седиште: |  |
| Е-пошта: |  |
| Телефон за контакт: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2. Вид на промет на големо што се бара со дозволата** | | **Да се заокружи** | |
| а) Медицински средства | | **ДА** | **НЕ** |
| - вид на медицински средства |  | | |
| б) Други фармацевтски производи (неспоменати) | | **ДА** | **НЕ** |
| - Доколку одговорот под б) е ДА, дадете подетални податоци за производите со кои мислите да вршите промет: |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Адреса на магацинскиот простор каде што ќе се врши прометот** | |
| Адреса: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Кадар** | |
| Име и презиме: |  |
| Стручна квалификација: |  |
| Телефон за контакт: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Податоци за одговорното лице за материовигиланца** | |
| Име и презиме: |  |
| Лиценца: |  |
| Е-пошта: |  |
| Телефон за контакт: |  |

**Прилог*:*** Целокупната документација согласно упатството

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П Одговорно лице