

Podnositelj zahtjeva: _____

Telefon: _____

Broj: _____ Datum: _____

Telefon/faks: _____

Adresa: _____

Elektronska pošta: _____

Kontakt osoba: _____

Broj dozvole za obavljanje prometa lijekovima na veliko: _____

Agencija za lijekove i medicinska sredstva Bosne i Hercegovine
Ul. Veljka Mladenovića b.b, Banja Luka
Telefon: 051 456-040, faks: 051 450-301;
Elektronska pošta: uvoz-izvoz@al.rs.ba; internet-adresa: www.al.rs.ba

ZAHTJEV

za izdavanje saglasnosti za uvoz lijekova u Bosnu i Hercegovinu

Molim da mi se izda saglasnost za uvoz lijekova po spisku zaključno sa rednim brojem: _____

R.br.	Carinska tarifa	Naziv lijeka	Oblik	Jačina i veličina pakovanja	Jed. mjere	Cijena	Količina	Rabat u %	Uk. cijena	Broj rješenja	Rok važenja rješenja		
1.									0.00				
2.									0.00				
3.									0.00				
4.									0.00				
5.									0.00				
6.									0.00				
7.									0.00				
									Ukupno:	0.00			
									Rabat:	0.00%	0		
									Ukupna vrijednost:	0.00			
									Ukupna vrijednost izražena u KM:				

Inoisporučilac: _____

Inoproizvođač: _____

Uvoznik: _____

Korisnik: _____

Namjena: sopstvene potrebe

dalja prodaja

Dostavljeni prilozi: 1. Profaktura od: _____

Broj: _____

2. Sertifikat o izvršenoj kontroli za svaku seriju lijeka (navesti broj Sertifikata) _____

Br. odobrenja ovlaštene laboratorije: _____

M.P.

POTPIS PODNOSIOCA ZAHTJEVA
