

# OBRAZEC ZA PRENEHANJE VELJAVNOSTI DOVOLJENJA ZA PROMET (UKINITEV DOVOLJENJA ZA PROMET)

Datum:

Številka vloge:

Izpolni Urad RS za zdravila

Naziv in podpis predlagatelja:

Ime zdravila: _____ _____	Polno ime in naslov imetnika dovoljenja za promet v RS: _____ _____
Zdravilna učinkovina(e): _____ _____	_____ _____
Farmaceutska oblika: _____	Odgovorna oseba za ukinitvev dovoljenja za promet: _____
Jakost: _____	(ime, priimek in naziv) _____
Pakiranje: _____ _____	(podpis) _____
Proizvajalec: _____ _____ _____ _____	Telefon: _____ Faks : _____ E-mail: _____
	Številka dovoljenja za promet v RS: _____

Razlog ukinitve dovoljenja za promet v RS:

Odgovorna oseba firme:

Datum:

\_\_\_\_\_

*(ime, priimek in naziv)*

\_\_\_\_\_

*(podpis)*