

OBRAZEC ZA PRENOS DOVOLJENJA ZA PROMET

Datum:

Številka vloge:

Izpolni Urad RS za zdravila

Naziv in podpis predlagatelja:

Ime firme novega imetnika dovoljenja za promet:

Naslov firme:

Odgovorna oseba firme za pridobitev dovoljenja za promet:

(ime, priimek in naziv)

(podpis)

Telefon: _____

Faks : _____

E-mail: _____

Odgovorna oseba za farmakovigilanco zdravila:

(ime, priimek in naziv)

(podpis)

Telefon: _____

Faks : _____

E-mail: _____

Polno ime in naslov dosedanjega imetnika dovoljenja za promet v RS:

Ime zdravila:

Farmacevtska oblika:

Jakost:

Pakiranje:

Številka dovoljenja za promet:

Datum izdaje dovoljenja za promet v RS:

Datum izteka veljavnosti dovoljenja za promet v RS:

Predlagani datum prenosa dovoljenja za promet na novega imetnika:

IZJAVA NOVEGA IMETNIKA DOVOLJENJA ZA PROMET

Spodaj podpisani izjavljam:

- da sprejemam prenos dovoljenja za promet zgoraj navedenega zdravila
- da sprejemam vse dolžnosti, pravice in odgovornost za zgoraj navedeno zdravilo
- da sprejemam celotno dokumentacijo zdravila vključno z vsemi odobrenimi spremembami in izdanimi dovoljenji za promet

Ime, priimek in naziv odgovorne osebe novega imetnika dovoljenja za promet:

Podpis odgovorne osebe novega imetnika dovoljenja za promet:

IZJAVA DOSEDANJEGA IMETNIKA DOVOLJENJA ZA PROMET

Strinjamo se

- s prenosom dovoljenja za promet za zgoraj navedeno zdravilo na novega imetnika in hkrati preklicujemo sedaj veljavno dovoljenje za promet, katerega številka je: _____
- s prenosom vseh dolžnosti in pravic na novega imetnika
- s prenosom celotne dokumentacije na novega imetnika (vključno z vsemi dovoljenji za promet, ki se nanašajo na zadevno zdravilo)

Ime, priimek in naziv odgovorne osebe dosedanjega imetnika dovoljenja za promet:

Podpis odgovorne osebe dosedanjega imetnika dovoljenja za promet: