

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

Datum:

Številka vloge:

Izpolni Urad RS za zdravila

Naziv in podpis predlagatelja:

Ime izdelka: _____ _____	Polno ime in naslov imetnika dovoljenja za promet v RS: _____ _____ _____
Homeopatska surovina: _____ _____	_____
Stopnja razredčitve: _____	Odgovorna oseba za ukinitvev dovoljenja za promet: _____ <i>(ime, priimek in naziv)</i>
Farmacevtska oblika: _____	_____
Pakiranje: _____ _____	<i>(podpis)</i> Telefon: _____ Faks: _____ E-mail: _____
Proizvajalec: _____ _____ _____ _____	Številka dovoljenja za promet v RS: _____

Razlog ukinitve dovoljenja za promet v RS:

Odgovorna oseba firme:

Datum:

\_\_\_\_\_  
*(ime, priimek in naziv)*

\_\_\_\_\_  
*(podpis)*