

Ime zdravila.....

PRILOGA VII

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

Datum:

Številka vloge:

Izpolni Agencija RS za zdravila in med. pripomočke

Naziv in podpis predlagatelja:

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

Ime zdravila.....

Razlog ukinitve dovoljenja za promet v RS:

Odgovorna oseba družbe:

Datum:

(ime, priimek in naziv)

(podpis)