

Ime izdelka:

PRILOGA 4

**OBRAZEC ZA PRENEHANJE VELJAVNOSTI DOVOLJENJA
ZA PROMET (UKINITEV DOVOLJENJA ZA PROMET)
S HOMEOPATSKIM IZDELKOM**

Datum:

Številka vloge:

Izpolni Agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke

Naziv in podpis predlagatelja:

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

Ime izdelka:

Razlog ukinitve dovoljenja za promet v RS:

Odgovorna oseba družbe:

Datum:

(ime, priimek in naziv)

(podpis)