

**ZGŁOSZENIE PRODUKTU DO BADAŃ**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYKONAWCA BADAŃ** |  |
| **NARODOWY INSTYTUT LEKÓW****ul. Chełmska 30/3400-725 WARSZAWA****Pion Naukowo-Badawczy** | *pieczęć Kancelarii Głównej:* |

|  |
| --- |
| **KATEGORIA PRODUKTU** |
| **[ ]** **Produkt leczniczy roślinny** | **[ ]  Surowiec roślinny** |
| **[ ]  Suplement diety** | **[ ]  Inna** (*podać jaka)……………………………………………* |
| **[ ]  Środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego** |  |

|  |
| --- |
| **ZAKRES BADAŃ** |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE O PRODUKCIE** |
| **Nazwa produktu** |  |
| **Postać i dawka** |  |
| **Opakowanie** | *rodzaj i wielkość opakowania* |
| **Numer serii/partii** |  |
| **Warunki przechowywania** | *podać, jeśli istotne* |
| **Ilość próbek przekazanych do badań** |  |

|  |
| --- |
| **PODMIOT ZGŁASZAJĄCY** |
| **[ ]  PODMIOT ODPOWIEDZIALNY** | **[ ]  WYTWÓRCA** | **[ ]  DYSTRYBUTOR** |
| **NAZWA:** |
| **ADRES:** |
| **NIP:** | **KRS:** |
| **OSOBA DO KONTAKTU:***imię, nazwisko, telefon, e-mail* |

|  |
| --- |
| **PŁATNIK** inny niż zleceniodawca **[ ]**  **NIE** **[ ]**  **TAK**, jeśli **TAK** *podać informacje dotyczące płatnika* |
| **NAZWA/IMIĘ i NAZWISKO:**  |
| **ADRES:** |
| **NIP:** | **KRS:** |
|  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZONE** **DOKUMENTY/MATERIAŁY POMOCNICZE:** |
| **[ ]** SKŁAD PRODUKTU |
| **[ ]**  SPECYFIKACJA PRODUKTU I METODY BADAŃ |
| **[ ]** WZORCE |
| **[ ]**  INNE *podać jakie* |

**Uwagi zleceniodawcy:**

|  |
| --- |
| **DEKLARACJA POKRYCIA KOSZTÓW** |
| **Niniejszym oświadczamy, iż zobowiązujemy się do pokrycia kosztów badań wyszczególnionych w zleceniu,na podstawie faktury VAT.**  |
| Data zlecenia | Pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu |
| **Narodowy Instytut Leków zobowiązuje się do przekazania wyników badań w formie pisemnej, niezwłocznie po potwierdzeniu opłacenia faktury.** |