

**ZGŁOSZENIE PRODUKTU DO BADAŃ**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYKONAWCA BADAŃ** |  |
| **NARODOWY INSTYTUT LEKÓW**  **ul. Chełmska 30/34 00-725 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.** | |