

**ZGŁOSZENIE PRODUKTU DO CERTYFIKACJI**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYKONAWCA BADAŃ** |  |
| **NARODOWY INSTYTUT LEKÓW****ul. Chełmska 30/3400-725 WARSZAWA****Pion Naukowo-Badawczy** | *pieczęć Kancelarii Głównej:* |
| **NAZWA PRODUKTU** |
| *……………………………………………………………………………………………………**Podać nazwę produktu* |
| **KATEGORIA PRODUKTU** |
| **[ ]** **Produkt leczniczy roślinny** | **[ ]  Surowiec roślinny** |
| **[ ]  Suplement diety** | **[ ]  Inna** (*podać jaka)……………………………………………* |
| **[ ]  Środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego** |  |
| **INFORMACJE O PRODUKCIE** |
| **Postać i dawka**  |  |
| **Skład produktu** | *skład jakościowy i ilościowy substancji czynnych i pomocniczych, w przypadku produktów roślinnych należy podać binominalną nazwę gatunkową wyjściowego surowca roślinnego* |
| **Opakowanie** | *rodzaj i wielkość opakowania* |
| **Wytwórca** | *pełna nazwa, adres* |
| **Dystrybutor** | *pełna nazwa, adres* |

|  |
| --- |
| **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:** |
|  |

|  |
| --- |
| **DOKUMENTY ZAŁĄCZONE:** |
| **1.** | **[ ]** CERTYFIKAT SYSTEMU JAKOŚCI |
| **2.** | **[ ]**  DOWÓD WPŁATY WSTĘPNY |
| **3.** | **[ ]**  SKRÓCONY OPIS PROCESU WYTWARZANIA I KONTROLI JAKOŚCI |
| **4.** | **[ ]**  WYKAZ DOSTAWCÓW/WYTWÓRCÓW SUROWCÓW DO PRODUKCJI |
| **5.** | **[ ]**  SPECYFIKACJA PRODUKTU I METODY BADAŃ |
| **6.** | **[ ]**  WZÓR ETYKIETY |
| **7.** | **[ ]**  PRZEZNACZENIE PRODUKTU |
| **8.** | **[ ]**  BADANIA TRWAŁOŚCI I/LUB UZASADNIENIE OKRESU PRZYDATNOŚCI/TRWAŁOŚCI |
| **9.** | **[ ]**  INFORMACJE O BEZPIECZEŃSTWIE STOSOWANIA *(dotyczy surowców i produktów roślinnych)* |
| **10.** | **[ ]**  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.** |