

**ZGŁOSZENIE PRODUKTU DO CERTYFIKACJI**

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