**Образац ЦКЛ 2**

|  |  |
| --- | --- |
| (Штамбиљ подносиоца захтева) | (Пријемни штамбиљ Републичког фонда за здравствено осигурање) |
|  |  |
|  |  |
| **РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ** |
| **- за Централну комисију за лекове -** |
|  |  |
|  |  **11000 Б Е О Г Р А Д**  |
|  |  **Јована Мариновића бр.2** |
| **ЗАХТЕВ ЗА СКИДАЊЕ ЛЕКА СА ЛИСТЕ ЛЕКОВА КОЈИ СЕ ПРОПИСУЈУ НА РЕЦЕПТ ИЛИ ИЗДАЈУ НА НАЛОГ НА ТЕРЕТ СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА** |

Заштићени назив лека и ЈКЛ:

Интернационални незаштићени назив лека (ИНН):

Назив произвођача:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Назив подносиоца захтева:

Адреса подносиоца захтева:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Држава |  Телефон: |  Факс: |  Имејл: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Прилог: |  |
| * образложење разлога за подношење захтева са навођењем датума од када се захтева да се лек скине са Листе лекова
* дозвола за стављање лека у промет, односно варијација којом се подносиоцу захтева утврђује својство носиоца дозволе за стављање лека у промет
 |   |
| Захтев са прилозима предат у два папирна примерака. |
| У\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дана\_\_\_\_\_, час\_\_\_\_\_\_  |
|  |
|  ЗАХТЕВ ПОДНЕО (М.П.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (име и презиме) |
|  |