**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) | | | | |
|  | | | | |