

**РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА**  
**АГЕНЦИЈА ЗА ЛЕКОВИ И МЕДИЦИНСКИ СРЕДСТВА**

Св.Кирил и Методиј бр.54 - Скопје, Република Македонија, тел.: + 389 (0)2/5112-394 , факс: + 389 (0)2/5112-394  
email: lekovi@zdravstvo.gov.mk

Број на барањето:	Примил/а:
Датум на прием:	Датум на барање за дополнителна документација
Датум на добивање на дополнителна документација	Датум на потполно барање:

*Пополнува Агенцијата за лекови и медицински средства на Република Македонија*

**БАРАЊЕ ЗА ДОБИВАЊЕ НА КОНЕЧНО РЕШЕНИЕ ЗА  
ПАРАЛЕЛЕН УВОЗ НА ЛЕКОВИ**

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ (пополни со печатни букви) <sup>1</sup>	
Име на лекот: (кирилична транскрипција)	
Име на лекот: (латинична транскрипција)	
INN на активната супстанција: (или вобичаено употребувано име)	
Фармацевтска дозирана форма: (листа на стандарни термини на Ph.Eur.)	
Јачина:	
Големина на пакување:	
Број на привремено решение:	
Датум на привремено решение:	

ПОДАТОЦИ ЗА ПОДНОСИТЕЛОТ НА БАРАЊЕТО	
Назив на подносителот на барањето	
Адреса	
Телефон	
Факс	
е-маил	

Контакт лице	
Име и презиме на контакт лице	
Адреса	
Мобилен телефон (заради 24/7 достапност)	
Факс	
е-маил	