Kliknij tutaj, aby wprowadzić nazwę miejscowości i datę

(miejscowość i data)

**Główny Inspektor Farmaceutyczny   
ul. Senatorska 12  
 00-082 Warszawa**

**ZGŁOSZENIE**

zamiaru wywozu poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej \*

lub

zamiaru zbycia podmiotowi prowadzącemu działalność poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej \*

– produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, zawartych w wykazie, o którym mowa w art. 37av ust. 14 ustawy Prawo Farmaceutyczne.

*\*wybierz właściwe*

1. **Dane przedsiębiorcy zgłaszającego zamiar wywozu lub zbycia:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa przedsiębiorcy: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Ulica: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Nr budynku: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Nr lokalu: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Kod pocztowy: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Miejscowość: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Poczta: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| NIP lub inny numer identyfikacji podatkowej: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| REGON (jeśli dotyczy): | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |

1. **Dane miejsca, z którego ma nastąpić wywóz lub zbycie:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Ulica: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Nr budynku: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Nr lokalu: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Kod pocztowy: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Miejscowość: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Poczta: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Nr zezwolenia uprawniającego do obrotu: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Identyfikator (ID)\*\*: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |

*\*\*należy podać właściwy identyfikator z rejestrów centralnych*

1. **Dane nt. produktu, którego dotyczy zamiar wywozu lub zbycia:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa handlowa i międzynarodowa: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Dawka: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Postać: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Wielkość opakowania: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Numer GTIN zgodny z systemem GS1: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Nr serii i data ważności: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Nazwa podmiotu odpowiedzialnego, podmiotu uprawnionego do importu równoległego, wytwórcy wyrobów medycznych, jego autoryzowanego przedstawiciela, dystrybutora albo importera, albo nazwę podmiotu działającego na rynku spożywczym: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Ilość podlegająca wywozowi lub zbyciu: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Kraj przeznaczenia: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |
| Uzasadnienie/przyczyna wywozu lub zbycia: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić dane. |

Imię i nazwisko oraz podpis  
osoby umocowanej  
 do działania w imieniu przedsiębiorcy