**POTRDILO O PREJEMU ZAHTEVEKA ZA POSREDOVANJE NAVODILA ZA UPORABO V OBLIKI PRIMERNI ZA SLEPE ALI SLABOVIDNE**

Imetnik dovoljenja za promet/zastopnik:

Naslov:

Telefon:

Faks:

E-pošta:

**Potrjujemo, da smo dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prejeli "Zahtevek za posredovanje navodila za uporabo v obliki primerni za slepe ali slabovidne", številka \_\_\_\_\_\_\_\_\_ za spodaj navedeno zdravilo.**

Ime zdravila:

Jakost:

Farmacevtska oblika:

 Podpis odgovorne osebe

 imetnika dovoljenja za promet/zastopnika

 (izpisati računalniško in se podpisati)