**ZLECENIE WYKONANIA BADAŃ**

**REQUST FOR ANALYSIS**

**Cel badania:** Ekspertyza badawcza w ramach decyzji GIF art. 119a Prawa Farmaceutycznego w zakresie oceny jakości produktu leczniczego / Decision GIF art. 119a Pharmaceutical Low

**ZLECENIOBIORCA / CONTRACTOR** Narodowy Instytut Leków, ul. Chełmska 30/34,

00-725 Warszawa/ National Medicines Institute,

Chelmska Str. 30-34, 00-725 Warsaw

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE ZLECENIODAWCY /**  **Customer information** |  |
| **Nazwa i adres / Name and address** |  |
| **NIP / Taxpayer Identification Number** |  |
| **Dane osoby do kontaktu /**  **Contact person information** |  |
| **Nazwa próbki / Sample name** |  |
| **Nazwa powszechnie stosowania /**  **INN/common name** |  |
| **Postać, dawka / Form, dose** |  |
| **Wielkość opakowania /**  **The size of the package** |  |
| **Numer Pozwolenia /**  **Marketing Autorization Number** |  |
| **Numer serii / Batch number** |  |
| **Data ważności (dd.mm.rrrr) /**  **Date of expiry (dd.mm.yyyy)** |  |
| **Podmiot odpowiedzialny /**  **Marketing Autorization Holder** |  |
| **Ilość próbki przekazanej do badań /**  **Sample Mount supplied for testing** |  |
| **Warunki przechowywania / Storage conditions** |  |
| **Inne informacje / Other information** |  |
|  |  |
| **DANE PŁATNIKA / Payer Information (jeśli inny niż zleceniodawca / if other than customer)** | |
| **Nazwa i adres / Name and address** |  |
| **NIP / Taxpayer Identification Number** |  |
|  |  |
| **DOKUMENTY ZAŁĄCZONE / The attached documents:**  Zaznaczyć odpowiednie i dołączyć dokumenty / Tick appropriate and attach documents | |
| **Dokumentacja analityczna /**  **The analytical documentation** |  |
| **Materiały odniesienia (wymienić jakie) /**  **Reference materials (specify the** **list)** |  |
| **Inne / Other** |  |
|  |  |
| **DEKLARACJA POKRYCIA KOSZTÓW / Declaration of payment** | |
| **Oświadczamy, że zobowiązujemy się do pokrycia kosztów badań wyszczególnionych w zleceniu, wykonanych na rzecz Zleceniodawcy przez Narodowy Instytut Leków.**  **We, hereby declare that we are committed to pay for the tests specified in this order, performer by the National Medicines Institute.** | |

………………………………………………………………….. …………………………………………………………………….

Data zlecenia Pieczęć i podpis Zleceniodawcy

Date of request Customer stamp and signature