**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