**ŽÁDOST O POVOLENÍ K ČINNOSTI KONTROLNÍ LABORATOŘE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Název žadatele** právnická osoba: obchodní firma nebo názevfyzická osoba: jméno a příjmení |  |
| **Adresa žadatele**právnická osoba: adresa sídlafyzická osoba: místo podnikání |  |
| **Identifikační číslo** (IČ) |  |
| **Statutární orgán žadatele** jméno a příjmení(podle výpisu z obchodního rejstříku) |  |
| **Kontaktní údaje žadatele**telefon, e-mail |  |
| **Adresy všech míst kontroly jakosti** **Požadovaný rozsah zkoušek kontroly jakosti**(Pro požadovaný rozsah zkoušek kontroly jakosti použijte formulář 5 pokynu VYR-27, vyplňte pro každé místo kontroly jakosti) |  |
| **Přílohy k žádosti** - zaškrtněte přílohy předkládané společně s tímto formulářem |
| a) výpis z obchodního rejstříku, popř. zřizovací listina či statut vydaný příslušným orgánem ČR nebo jiného členského státu EU | [ ]  |
| b) doklad o právu užívat prostory pro činnost kontrolní laboratoře | [ ]  |
| c) dotazník pro výrobce léčivých přípravků uvádějící údaje o splnění požadavků správné výrobní praxe (formulář 10 pokynu VYR-27) | [ ]  |
| d) doklad o zaplacení správního poplatku | [ ]  |
| e) doklad o provedení náhrady výdajů podle pokynu SÚKL UST-29 (§ 112 zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů) | [ ]  |
| f) souhlas ke zpracování osobních údajů (formulář 11 pokynu VYR-27) | [ ]  |
| g) jiné – uveďte  | [ ]  |

Prohlašuji, že údaje v žádosti a přiložené dokumentaci jsou pravdivé.

Datum Podpis osoby oprávněné jednat za žadatele

 Jméno, příjmení