

# Zgłaszanie braków produktów leczniczych

dla każdego produktu leczniczego proszę wypełnić osobny formularz

\*Wymagane

## Zgłaszająca placówka\*

apтека ogólnodostępna ▼

## Adres placówki\*

Miejscowość\*

Ulica, nr budynku\*

Adres e-mail\*

## Rodzaj zgłaszanego braku\*

produkt leczniczy  środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny

## Nazwa, postać, dawka\*

np. Clexane roztw. do wstrz. (40mg/0,4ml)

## EAN\*

## Nazwa podmiotu odpowiedzialnego\*

Nazwy i adresy hurtowni / dystrybutora, które odmówiły

**realizacji zamówienia na produkt leczniczy / środek specjalnego żywienia\***

**Przyczyna odmowy\***

Brak na stanie magazynowym ▼

**Inna przyczyna odmowy (uszczegółowienie)**

**Nazwisko i imię zgłaszającego\***

**Stanowisko\***

kierownik ▼

**Czy zgłaszający przesłał na adres na stronie GIF-u odpowiedź od dostawcy (hurtowni farmaceutycznej) dotyczącą przyczyny odmowy realizacji zamówienia?\***

link do formularza:

<https://www.gif.gov.pl/bip/formularze/418,Formularz-zgloszenia-odmowy-realizacji-zamowienia-formularz-III.html>

tak  nie

**Data przekazania do GIF**

Wyślij