|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 7 DO WNIOSKU O WYCENĘ KOSZTÓW CERTYFIKACJ W PCBC S.A.**  *Po wypełnieniu Wniosku przez KLIENTA - informacje zastrzeżone*   |  |  | | --- | --- | | **POLSKIE CENTRUM BADAŃ I CERTYFIKACJI S.A.**  ul. Puławska 469; 02-844 Warszawa  tel. +48 22 464 52 00 / e-mail: pcbc@pcbc.gov.pl | **BIURO CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA**  e-mail: sprzedaz@pcbc.gov.pl | |

**Dotyczy Dobrej praktyki dystrybucyjnej (DPD)**

1. **ORGANIZACJA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Organizacji zgodnie z KRS  lub innym dokumentem rejestrowym |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zakres działań objęty DPD:  Transport  Organizacja transportu  Magazynowanie  Pośrednictwo w obrocie  Inny  Kategorie wyrobów objętych DPD:  Produkty lecznicze  Suplementy diety  Szczepionki  Substancje kontrolowane  Inne | **Transport realizowany/organizowany** | |
| Rodzaj:  Drogowy  Kolejowy  Morski  Lotniczy  Inny | Zakres:  Krajowy  Międzynarodowy |
| Dotyczy realizacji transportu  Przewóz w warunkach kontrolowanych:  tak  nie  Przewóz w temperaturze pokojowej:  **tak**  **nie** | |

1. **WYMAGANIA\* NIEMAJĄCE ZASTOSOWANIA (tzw. WYŁĄCZENIA z SYSTEMU)** *(zaznaczyć właściwe)*

|  |  |
| --- | --- |
| dotyczy *(podać z uzasadnieniem)*      \*Wymagania Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2015 r. w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej (Dz. U. RP z dnia 19 marca 2015 r., Poz. 381) z późn. zm. | nie dotyczy |

**3. REJESTRACJA WNIOSKU – WYPEŁNIA PCBC S.A.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | PCBC | BCO |  |  |  |   nr m-c rok |