|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 transportuPrzewóz w warunkach kontrolowanych: [ ]  tak [ ]  niePrzewóz 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  |