

		WNIOSEK O DOKONANIE CERTYFIKACJI		ZAŁ_1	
<p>Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie ul. Jaczewskiego 2, 20-090 Lublin tel.: 81 71 84 400, fax: 81 47 78 646, e-mail: imw@imw.lublin.pl NIP 712103781, REGON 000288521, TERYT 0663011, KRS 0000126672 Zespół ds. Certyfikacji IMW</p>					
Data wpływu		Data rejestracji		Nr procesu certyfikacji	
				Uwagi	

WNIOSEK		
Zakres	<input type="checkbox"/> Wydanie opinii nt. produktu	<input type="checkbox"/> Modyfikacja opinii nt. produktu
	<input type="checkbox"/> Przedłużenie opinii nt. produktu	<input type="checkbox"/> Wznowienie opinii nt. produktu

Część A – Informacje o produkcie	
Kategoria produktu	<input type="checkbox"/> Produkt leczniczy roślinny
	<input type="checkbox"/> Surowiec roślinny
	<input type="checkbox"/> Suplement diety
	<input type="checkbox"/> Środek spożywczy specjalnego przeznaczenia
	<input type="checkbox"/> Inna (podać jaka).....
Nazwa produktu	
Gramatura/pojemność	
Kraj produkcji	
Producent	
Dystrybutor	
Numer poprzedniej opinii* (*jeśli dotyczy)	

Część B - Dane Wnioskodawcy		
<input type="checkbox"/> Podmiot odpowiedzialny	<input type="checkbox"/> Producent	<input type="checkbox"/> Dystrybutor
Nazwa		
Adres <i>(ulica, kod, miasto)</i>		Kraj
NIP	REGON	KRS
Osoba do kontaktu		
Imię i nazwisko	Telefon	E-mail

Część C - Dokumentacja	
<input type="checkbox"/>	Szczegółowa recepturę – skład ilościowy i jakościowy
<input type="checkbox"/>	Dokumentacja jakościowa dot. składników produktu
<input type="checkbox"/>	Specyfikacja wymagań jakościowych dla produktu
<input type="checkbox"/>	Wzór etykiety
<input type="checkbox"/>	Schemat procesu produkcji lub opis procesu produkcji
<input type="checkbox"/>	Zaświadczenie stwierdzające dopuszczenie produktu do spożycia przez ludzi
<input type="checkbox"/>	Deklaracja dot. szczególnych potrzeb żywieniowych* (*w przypadku produktów specjalnego przeznaczenia)
<input type="checkbox"/>	Inne: (dokumentacja dodatkowa)
<input type="checkbox"/>	Inne: (dokumentacja dodatkowa)
<i>Załączona dokumentacja stanowi integralną część Wniosku i jest objęta klauzulą poufności. Instytut zobowiązuje się do zachowania poufności w odniesieniu do informacji stanowiących tajemnicę handlową Wnioskodawcy</i>	

Do wniosku należy załączyć potwierdzenie dokonania opłaty administracyjnej za zgłoszenie wyrobu do certyfikacji w wysokości podanej w „Tabeli opłat”. Wpłaty należy dokonać na rachunek bankowy Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie.

miejsowość, data

podpis Wnioskodawcy**

* dot. występujących o przedłużenie Opinii

** osoba reprezentująca Firmę upoważniona w KRS