

Către,

**AGENȚIA NAȚIONALĂ A MEDICAMENTULUI ȘI A DISPOZITIVELOR
MEDICALE
Departamentul inspecție farmaceutică**

Unitatea cu sediul în adresa telefon/fax
. înregistrată la Registrul Comerțului cod fiscal reprezentată
prin (numele, prenumele) Funcția, în conformitate cu Ordinul
ministrului sănătății privind autorizarea de fabricație a producătorilor, importatorilor de
medicamente de uz uman, inclusiv cele pentru investigație clinică și a unităților de control
independente și acordarea certificatului de bună practică de fabricație, vă rog să eliberați
un duplicat al autorizației de fabricație/certificatului de bună practică de fabricație nr.
.

Anexăm prezentei dovada anunțării pierderii autorizației de fabricație/certificatului de
bună practică de fabricație în cotidianul

Semnătura, ștampila