**ZĀĻU VALSTS AĢENTŪRAI**

**ZĀĻU PARAUGU TESTĒŠANAS PIEPRASĪJUMS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pasūtītāja nosaukums /****vārds, uzvārds** |       |
| **Pasūtītāja adrese** |       |
| **Uzņēmuma reģistrācijas Nr.** |       |
| **Tālrunis** |       |

**Lūdzu veikt parauga analīzi un izsniegt testēšanas pārskatu:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr. p.k.** | **Zāļu nosaukums, forma un aktīvās vielas saturs** | **Zāļu ražotājfirma** | **Parauga sērijas Nr.** | **Parauga daudzums** | **Parauga derīguma termiņš** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Paraugu ņemšanas vieta** |       |
| **Paraugu ņemšanas datums** |       |
| **Paraugu ņemšanas plāns un procedūra** |       |
| **Testēšanas rezultātu izmantošanas mērķis** |       |
| **Papildu ziņas (ja ir nepieciešams)** |       |

|  |
| --- |
| **Paraugu testēšanu veikt** saskaņā ar ražotājfirmas prasībām, izmantojot Eiropas farmakopejas, Britu farmakopejas, Amerikas Savienoto Valstu farmakopejas un Zāļu ekspertīzes laboratorijas izstrādātās metodes (atbilstoši Latvijas Republikas likumdošanai) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Testēšanas pārskatu lūdzu nosūtīt** uz e-pastu |       |

Saskaņā ar Zāļu valsts aģentūras kvalitātes pārvaldības sistēmas prasībām parauga atlikums pasūtītājam netiek izsniegts. Ja analīzes veikšana tiek atcelta, kad parauga testēšana jau ir sākta, pasūtītājam parauga testēšana būs jāmaksā pilnā apmērā.

**Apmaksu garantēju** saskaņā ar Latvijas Republikas Ministru kabineta noteikumiem par Zāļu valsts aģentūras maksas pakalpojumu cenrādi.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datums** |       | **Pasūtītāja paraksts**(vārds, uzvārds, amats) |       |

Rekvizītu “Pasūtītāja paraksts” neaizpilda, ja elektroniskais dokuments ir sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.