Resetovať formulár | Skontroluj formulár | Tlač

ŠÚKL
ŠTÁTNY ÚSTAV PRE KONTROLU LIEČIV

ŠTÁTNY ÚSTAV PRE KONTROLU LIEČIV / State institute for Drug control
Sekcia zdravotníckych pomôcok / Medical Devices Section
Kvetná 11, 825 08 Bratislava

# Žiadosť o registráciu distribútora zdravotníckych pomôcok/in vitro diagnostických zdravotníckych pomôcok /

*Application for registration as a distributor of medical devices/in vitro diagnostic medical devices*

| **Vyplní ŠÚKL/** *Filled in by ŠÚKL* | | | |
|---|---|---|---|
| | 1 | **Evidenčné číslo žiadosti** / *Application number* | |
| | 2 | **Dátum registrácie distribútora** / *Distributor registration date* | |
| | 3 | **Registračné číslo distribútora** / *Distributor registration number* | |
| | 4 | **ID platobného predpisu /** *Payment order ID* | |

**Pečiatka /** *Stamp*

| | | |
|---|---|---|
| 5 | **E-mailová adresa na zaslanie platobného predpisu /***Email address for sending payment instructions* | |
| 6 | **Poštová adresa na zaslanie Výstupu (do cudziny) /** *Postal address for sending a letter (abroad)* | |

| **Druh podania /** *Type of administration* | | |
|---|---|---|
| 7 | **Registrácia (nového) distribútora (§ 110a ods. 3 a) zákona č. 362/2011 Z. z.) /** *Registration of a (new) distributor (Section 110a, paragraph 3 a) of Act No. 362/2011 Coll.)* | ○ |
| 8 | **Zmena v registrácii distribútora (zmena pôvodných údajov) /** *Change in distributor registration (change of original data)* | ○ |
| 9 | **Druh zmeny (zmena sídla/mena, predĺženie) /** *Type of change (change of registered office/name, extension)* | |
| 10 | **Predchádzajúce evidenčné číslo žiadosti pri zmene /** *Previous application registration number when changing* | |

| **Identifikácia distribútora /** *Distributor identification* | | | |
|---|---|---|---|
| 11 | **Právne postavenie distribútora/** *Legal status of the distributor* | ○ PO/Legal entity ○ FO-P/Sole proprietor | |
| 12 | **Identifikačné údaje/** *Identification data* | IČO / Identification number or VAT: | |
| 13 | **Názov / meno a priezvisko /** *Name / First name and surname* | | |
| 14 | **Sídlo / bydlisko + štát /** *Registered office / residence + country* | | |
| 15 | **Kontakty (telefón, e-mail) /** *Contacts (phone, general email)* | | |
| 16 | **Zodpovedný pracovník distribútora /** *Distributor's responsible employee* | | |
| 17 | **Meno a priezvisko /** *First name and surname* | | |
| 18 | **Kontakty (telefón, osobný e-mail) /** *Contacts (phone, personal email)* | | |

ŠÚKL
ŠTÁTNY ÚSTAV PRE KONTROLU LIEČIV

ŠTÁTNY ÚSTAV PRE KONTROLU LIEČIV / State institute for Drug control
Sekcia zdravotníckych pomôcok / Medical Devices Section
Kvetná 11, 825 08 Bratislava

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **Subjekt splnomocnený distribútorom** (nie zamestnanec distribútora) **PREDLOŽIŤ Plnú moc /** *Entity authorized by the distributor (not an employee of the distributor) SUBMIT Power of Attorney* | | |
| 19 | **Právne postavenie splnomocneného subjektu /** *Legal status of the authorized entity* | ○ PO/Legal entity ○ FO-P/Sole proprietor ○ FO/Natural person | |
| 20 | **Identifikačné údaje /** *Identification data* | **IČO** / *Identification number or VAT:* (**Pre FO uviesť dátum narodenia /** *For Natural person, enter the date of birth)* | |
| 21 | **Názov / meno a priezvisko /** *Name / First name and surname* | | |
| 22 | **Sídlo / bydlisko + štát /** *Registered office / residence + country* | | |
| 23 | **Kontakty (telefón, e-mail) /** *Contacts (phone, general email)* | | |
| 24 | **Zodpovedný pracovník splnomocnenca /** *Responsible employee of the authorized representative* | | |
| 25 | **Meno a priezvisko /** *First name and surname* | | |
| 26 | **Kontakty (telefón, osobný e-mail) /** *Contacts (phone, personal email)* | | |

**Vyhlasujem, že uvedené informácie sú podľa môjho vedomia a svedomia pravdivé. /**
*I declare that the information provided is true to the best of my knowledge and belief.*

**Podpis oznamovateľa / splnomocneného subjektu /** *Signature of the notifier / authorized entity:*

**Meno a priezvisko /** *Name and surname:*

**Dátum /** *Date:*

○ **Vlastnoručný podpis (listinne)** / *Handwritten signature (paper form)*

○ **Podpísané KEP cez ÚPVS** / *Signed by KEP via ÚPVS*

Resetovať formulár | Skontroluj formulár | Tlač

ŠTÁTNY ÚSTAV PRE KONTROLU LIEČIV / State institute for Drug control
Sekcia zdravotníckych pomôcok / Medical Devices Section
Kvetná 11, 825 08 Bratislava

**Vyplní ŠÚKL/**
*Filled in by ŠÚKL*

ID platobného predpisu

Variabilný symbol (VS/E2E)

Číslo záznamu v registratúrnej knihe

Číslo spisu v registratúrnej knihe

Dátum evidencie záznamu v registratúrnej knihe

Dátum pridelenia záznamu z podateľne

Dátum zaslania platobného predpisu

Číslo záznamu odosielaného platobného predpisu

Dátum spotreby PP v systéme CSEP (eKolok)

Dátum spárovania platby s PP v CESP (eKolok)

Dátum registrácie distribútora v Databáze ZP

Dátum zápisu subjektu do zoznamu distribútorov

Číslo odchádzajúceho záznamu pre Výstup z DB

Dátum expedovania listinného rovnopisu

Systém CSEP (eKolok) - Poskytnutie služby (dátum)

**Vybavil (meno):** **Vybavené dňa:**

**Podpis zamestnanca ŠÚKL:** **Pečiatka ŠÚKL**