

Formularz zgłoszeniowy – WYTWARZANIE KONTRAKTOWE

Wypełnij formularz i wyślij go na adres info@arkonalfs.com

Dane Klienta

Nazwa firmy (jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko osoby do kontaktu

Telefon

Adres

NIP / REGON

OGÓLNE PARAMETRY WYROBU

Identyfikator wyrobu

pole do wpisania nazwy wyrobu / nazwy roboczej wyrobu / kodu wyrobu

Czy produkt jest obecnie w obrocie / sprzedaży?

*TAK

Nie

Nie wiem

Kategoria wyrobu

nie znam kategorii

suplement diety

wyrób medyczny

kosmetyk

środek spożywczy

inna odpowiedź

Forma wyrobu

dowolna

płyn

żel

proszek

kapsułka twarda

tabletki

inna (jaka?)

Zastosowanie wyrobu

Wskazania do użycia / stosowania

Grupa wiekowa, dla której dedykowany jest wyrób

Skład wyrobu

Jeśli jest znany, należy opisać jakie są obowiązkowe składniki wyrobu, co wchodzi w skład produktu (surowce główne i pomocnicze)

Cechy organoleptyczne wyrobu

Preferowany lub określony smak/ zapach/ konsystencja itp.

Spodziewany termin przydatności wyrobu do spożycia

OGÓLNE PARAMETRY OPAKOWANIA

Rodzaj opakowania jednostkowego

dowolne

bez opakowania (produkt „luzem”)

butelka lub fiolka + nakrętka

butelka z aplikatorem do gardła

butelka z aplikatorem do ucha

butelka z aplikatorem do nosa

słoik

blister (10 kaps.)

inne (jakie?)

