Ek-2

**İLGİLİ BİRİM: TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GTİP** | **Madde İsmi** | **Kullanım Amacı** |
| 22.01 | Sular (tabii veya suni mineral sular ve gazlı sular dahil) (ilave şeker veya diğer tatlandırıcı maddeler katılmamış veya lezzetlendirilmemiş); buz ve kar (buz ve kar hariç) | İnsan tüketimi için olanlar |

Ek-3

|  |  |
| --- | --- |
| **KONTROL BELGESİ** | |
| **T.C.**  **Sağlık Bakanlığı**  **................ Kurumu** | |
| **KONTROL BELGESİ** | |
| Madde ismi (1) | : |
| Malın GTİP’i (2) | : |
| Malın yer aldığı liste | : |
| İthalatçı firmanın ticaret unvanı, adresi ve telefon no’su | : |
| İthalatçı firmanın bağlı bulunduğu vergi dairesi ve vergi sicil numarası | : |
| İhracatçı firmanın ticaret unvanı ve adresi | : |
| Malın kullanılacağı yer | : |
| Malın miktarı | : |
| Malın menşe ülkesi | : |
| Malın yükleneceği ülke | : |
| Malın giriş gümrüğü | : |
| Malı kullanacak firmanın ticari unvanı, adresi, telefon no’su | : |
| İthal edilecek ürünün özelliğine göre aşağıdaki A ve/veya B ve/veya C ve/veya D harflerini yuvarlak içine alınız.  A- Avrupa Birliği,  B- FDA,  C- Dünya Sağlık Teşkilatı  spesifikasyonlarına uygundur.  D- 5996 sayılı Veteriner Hizmetleri, Bitki Sağlığı, Gıda ve Yem Kanunu hükümlerine uygundur. | |
| (1) Proforma faturada tek isim altında birden fazla ürün söz konusu olduğunda, bunların orijinal isimleri ayrı ayrı belirtilecektir.  (2) GTİP tespiti Sağlık Bakanlığının sorumluluğunda değildir. | |
| Tarafımızca düzenlenen formdaki bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu ve ithalatı Sağlık Bakanlığınca Denetlenen Bazı Ürünlerin İthalat Denetimi Tebliği (Ürün Güvenliği ve Denetimi: 2016/20) hükümlerine uygun olarak yapacağımızı ve ilişik onaylı fatura kapsamı maddenin insan sağlığı ve güvenliği yönünden uygunluğunu taahhüt ederiz. | |
|  | Firmanın kaşesiYetkilinin Adı ve Soyadı  İmza |
| İlgili Tebliğ hükümlerine göre yapılan inceleme sonucunda ilişik onaylı fatura kapsamı maddenin ithali uygun görülmüştür.  Bu belge ilgili gümrük müdürlüğüne ibraz edilmek üzere düzenlenmiştir. | |
|  | İmza ve mühür  Tarih |

Ek-4

|  |  |
| --- | --- |
| **BİLGİ FORMU** | |
| **İthalatın yapılacağı gümrük idaresi:** |  |
| **İhracatçının:** | |
| - Unvanı |  |
| - Adresi (ülke, il, ilçe, posta kodu dahil) |  |
| - Tel, faks, e-posta, internet adresi |  |
| **Üretici firmanın:** | |
| - Unvanı |  |
| - Adresi (ülke, il, ilçe, posta kodu dahil) |  |
| - Tel, faks, e-posta, internet adresi |  |
| İthal malın menşe ülkesi: |  |
| **İthalatçı firmanın:** | |
| - Unvanı |  |
| - Adresi (ülke, il, ilçe, posta kodu dahil) |  |
| - Vergi no’su |  |
| - Tel, faks, e-posta, internet adresi |  |
| İthalatın yapılacağı ülke: | |
| **İthalatçı temsilcisinin:** |  |
| - Unvanı |  |
| - Adresi (ülke, il, ilçe, posta kodu dahil) |  |
| - Vergi no’su |  |
| - Tel, faks, e-posta, internet adresi |  |
| **İthal edilen ürünün:** | |
| - GTİP’i |  |
| - Cinsi |  |
| - Markası |  |
| - Hammadde adı |  |
| -Malı kullanacak ilaç firmasının ticari unvanı ve adresi |  |
| - Miktarı ve birimi |  |
| - ABD Doları olarak değeri |  |
| -Kullanım alanı |  |
| -Malın kullanılacağı ürün |  |