|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 1к Правилам осуществлениярекламы лекарственных средстви медицинских изделий |
|   | Форма |

 **Заявление**

      Заявитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       юридический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       адрес электронной почты заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Представитель заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       (Ф.И.О. (при наличии), должность, доверенность прилагается)
       телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Настоящим просим \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
             (полное наименование государственной экспертной организации)
       Провести оценку рекламных материалов лекарственного средства, медицинского изделия (необходимое подчеркнуть) на соответствие законодательству Республики Казахстан в области здравоохранения.
торговое наименование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
международное непатентованное название (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
лекарственная форма, дозировка, фасовка
(для лекарственного препарата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
условия отпуска (для лекарственного препарата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ при этом сообщаем, что указанное лекарственное средство, медицинское изделие (необходимое подчеркнуть) зарегистрировано в Республике Казахстан.
       Регистрационное удостоверение №\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года.
       Лекарственное средство, медицинское изделие прошло оценку качества в Республике Казахстан. Сертификат соответствия № \_\_\_, дата \_\_\_, выдано \_\_\_\_\_\_\_ наименование организации К заявлению прилагаем: рекламу на бумажном носителе на казахском и русском языках (модуль, статья, раскадровка видеорекламы или баннера, рекламный текст аудиорекламы) и на электронных носителях в формате PDF на казахском и русском языках
(необходимое подчеркнуть); видео-, аудио-запись рекламы на казахском и русском языках при размещении рекламы на телевизионных каналах и радио (необходимое подчеркнуть).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Субъект, осуществляющий оплату |  |
| 1. | Наименование |  |
| 3. | Юридический адрес |  |
| 4. | Фактический адрес |  |
| 5. | Ф.И.О. (при наличии), должность |  |
| 6. | Телефон |  |
| 7. | Факс |  |
| 8. | e-mail |  |
| 9. | БИН |  |
| 10. | ИИН |  |
| 11. | Банк |  |
| 12. | Расчетный счет |  |
| 13. | Валютный счет |  |
| 14. | Код |  |
| 15. | БИК |  |

      Заявитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Расшифровка подписи
                         (личная подпись)