## Ф-РИ-03-1.6-03/01-2015-03

**ЗАЯВЛЕНИЕ №\_\_\_\_\_**

на предоставление консультационных услуг при проведении экспертных работ при государственной регистрации, перерегистрации и внесение изменений в регистрационное досье лекарственного средства и медицинского изделия в Республике Казахстан

**Нужное отметить «✓»:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Лекарственное средство; |
|  |  |
|  | Медицинское изделие; |

В рамках ЕАЭС ДА / НЕТ (*нужное подчеркнуть*)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1. Заявитель:** | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | Наименование: | |  | | | | | | | | | | |
|  | Юридический адрес: | | |  | | | | | | | | | |
|  | Адрес местонахождения: | | | | | |  | | | | | | |
|  | Фамилия И.О. руководителя: | | | | | | |  | | | | | |
|  | Телефон, факс, Еmail: | | | |  | | | | | | | | |
|  | Договор на предоставление консультационных услуг:  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| дата заключения: | |  | | | | | | | | срок действия: | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **2. Краткое изложение вопроса\*:** |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **3. Список предоставленных документов\*\*:** | |
|  | **1)** |  |
|  | **2)** |  |
|  | **3)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **4. Плательщик за предоставление консультационных услуг** |
|  | |
| (организация-производитель, представительство, доверенное лицо) | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Реквизиты плательщика:** | | | | | | | | |  | |  | |  |  |
|  | Юридический адрес: | | | | |  | | | | | | | | |  |
|  | Банк: | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | Расчетный счет: | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | БИК: |  | | | | | | | | | |  |  | |  |
|  | ИИН: |  | | | | | | | | | |  |  | |  |
|  | БИН: |  | | | | | | | | | |  |  | |  |
|  | Валюта: | | |  | | | | | |  | |  |  | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  |  | |  |  | | | |
|  | (должность) | | | | | | |  | (подпись) | |  | (Ф.И.О. заявителя) | | | |
|  | Дата: |  | | | | |  |  | | | |  |  | |  |

**Место печати**

*\* Согласно внутренней-нормативной документации государственной экспертной организации допускается не более 3-х вопросов по одному наименованию ЛС/МИ и по одному направлению (виду услуги) в рамках одного заявления на консультацию.*

*\*****\**** *Ведомость к изменению НД РК лекарственного препарата и заявление с указанием вносимых изменений обязательно к предоставлению в случае, консультации по внесению изменений в регистрационное досье.*