**Заявление**
**о проведении экспертизы медицинского изделия**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
     (полное и сокращенное (при наличии), в том числе фирменное,
наименования организации, от имени которой производится регистрация
      (производитель (уполномоченный представитель производителя),
          организационно-правовая форма юридического лица)

настоящим просит произвести экспертизу медицинского изделия в
качестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   (референтного государства, государства признания – указать нужное)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Наименование медицинского изделия  |  |
| 2. | Назначение медицинского изделия |  |
| 3. | Область применения медицинского изделия |  |
| 4. | Класс потенциального риска применения медицинского изделия  |  |
| 5. | Код вида медицинского изделия (согласно применяемой в Союзе номенклатуре медицинских изделий) |  |
| 6. | В составе медицинского изделия имеется лекарственное средство (выделить нужное) | o Да o Нет  |
| 7. | Комплектация медицинского изделия |
| № | Наименование  | Модель  | Производитель  | Страна  |
|  | 1) Основной блок (при наличии) |  |  |  |
|  | 2) Комплектующие (при наличии) |  |  |  |
|  | 3) Расходные материалы (при наличии) |  |  |  |
|  | 4) Принадлежности (при наличии) |  |  |  |
| 8. | Срок хранения / гарантийный срок эксплуатации  |  |
| 9. | Условия хранения |  |
| 10. | Регистрация в стране-производителе и других странах |
| 1. | Наименование страны | № регистрационного удостоверения (при наличии) | Дата выдачи | Срок действия |
| 2. |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |
| 11. | Производство | полностью на данном производстве частично на данном производстве полностью на другом производстве  |
| 12. | Сведения о производителе  |
| № | Наименование, страна | номер, дата и срок действия разрешительного документа | юридический адрес | фактический адрес | номера телефона и факса, адрес электронной почты (при наличии) | Ф. И. О. и должность руководителя | Ф. И. О. и должность контактного лица |
| 13. | Сведения о производственной (ых) площадке (ах) |
| № | Наименование, страна | номер, дата и срок действия разрешительного документа (при наличии) | фактический адрес | номера телефона и факса, адрес электронной почты (при наличии) | Ф. И. О. и должность руководителя | Ф. И. О. и должность контактного лица |
| 14. | Сведения об уполномоченном представителе (при наличии)  |
| № | Наименование, страна | номер, дата и срок действия разрешительного документа (при наличии) | юридический адрес | фактический адрес | номера телефона и факса, адрес электронной почты (при наличии) | Ф. И. О. и должность руководителя | Ф. И. О. и должность контактного лица |
| 15. | Сведения о документе, подтверждающем оплату за проведение экспертизы медицинского изделия |
| Гарантирую достоверность и идентичность информации, содержащейся в регистрационном досье и заявлении. |
| Дата подачи заявления |  |
| Ф. И. О и должность руководителя производителя (уполномоченного представителя) |  |
| Подпись, печать производителя (уполномоченного представителя) |  |