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, изделия медицинского назначения и медицинской техники в Республике Казахстан

**Нужное отметить «✓»:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Лекарственное средство; |
|  |  |
|  | Изделие медицинского назначения и медицинской техники; |

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **2. 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**