|  |
| --- |
| № исх: 21/144 от: 19.03.2025 |

***Образец доверенности***

 ДОВЕРЕННОСТЬ №\_\_\_\_

 ( место и дата выдачи полностью прописью)

 Настоящей доверенностью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (доверитель - № свидетельства о регистрации юридического

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лица, место нахождения) (Ф.И.О. уполномоченного лица)

(далее - ДОВЕРИТЕЛЬ) уполномочивает\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (название – представительства, филиала, юр.лица, №

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ свидетельства о регистрации юридического лица (физ. лицо - № документа удостоверяющего личность))

 проводить все необходимые процедуры по процессу экспертизы при государственной регистрации (перерегистрации и т.д.) продукции ДОВЕРИТЕЛЯ в РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий» Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан, а именно:

- представлять интересы ДОВЕРИТЕЛЯ в процессе экспертизы при государственной регистрации (перерегистрации, внесение изменений) лекарственного средства и медицинского изделия (нужное указать);

- подавать все необходимые регистрационные материалы (регистрационное досье, образцы лекарственных средств, субстанции, референц-стандарты, специфические примеси и реагенты) на экспертизу при государственной регистрации (перерегистрации, внесение изменений) лекарственного средства и медицинского изделия;

- вести переписку с компетентными органами и учреждениями;

- подписывать все необходимые документы (договоры и дополнительные соглашения к ним, контракты, заявления, корреспонденцию)

- представлять его интересы по вопросам обращения медицинского изделия на территории Республики Казахстан в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан в области здравоохранения

Дополнительные полномочия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящая доверенность выдана сроком\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_или до момента ее отзыва

 Должность Подпись ФИО

 Печать

***СЕНІМХАТ ҮЛГІСІ***

**СЕНІМХАТ №\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (берілген орны мен күні толық жазбаша көрсетіледі)

Осы сенімхат арқылы **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
(сенім білдіруші – заңды тұлғаның тіркеу куәлігінің №, орналасқан жері)
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** атынан**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
 (өкілетті тұлғаның аты-жөні)

(бұдан әрі – СЕНІМ БІЛДІРУШІ) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
(өкілдік, филиал, заңды тұлғаның атауы, заңды тұлғаның тіркеу куәлігінің № (жеке тұлға – жеке басын куәландыратын құжаттың №))

СЕНІМ БІЛДІРУШІ өнімін Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Медициналық және фармацевтикалық бақылау комитетінің «Дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарды сараптау ұлттық орталығы» ШЖҚ РМК-да мемлекеттік тіркеу (қайта тіркеу және т.б.) сараптамасы процесі бойынша барлық қажетті рәсімдерді жүргізуге уәкілеттік береді, атап айтқанда:

- дәрілік затты және медициналық бұйымды (қажеттісін көрсету) мемлекеттік тіркеу (қайта тіркеу, өзгерістер енгізу) кезінде сараптама процесінде СЕНІМ БІЛДІРУШІНІҢ мүдделерін қорғау;

- дәрілік затты және медициналық бұйымды мемлекеттік тіркеу (қайта тіркеу, өзгерістер енгізу) кезінде сараптамаға қажетті барлық тіркеу материалдарын (тіркеу дерекнамасы, дәрілік зат үлгілері, субстанциялар, референс-стандарттар, арнайы қоспалар және реагенттер) тапсыру;

- құзыретті органдар мен мекемелермен хат алмасу жүргізу;

- барлық қажетті құжаттарға (шарттар мен оларға қосымша келісімдер, келісімшарттар, өтініштер, хат-хабарлар) қол қою.

- Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласының қолданыстағы заңнамасына сәйкес Қазақстан Республикасының аумағында медициналық бұйымның айналысы мәселелері бойынша оның мүдделерін білдіру

**Қосымша өкілеттіктер:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Осы сенімхат **\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мерзімге** немесе кері қайтару мерзіміне дейін берілді.

**Лауазымы Қолы Аты-жөні**

 **Мөр**

**Результаты согласования**18.3.2025: Рахманов Е. М. (Рахманов Е. М.) - - cогласовано без замечаний
19.3.2025: Сейсенов А. Д. (Сейсенов А. Д.) - - cогласовано без замечаний
19.3.2025: Жибекенова Г. М. (Жибекенова Г. М.) - - cогласовано без замечаний