Ф-РИ-03-1.6-03/01-2015-04

**ЗАЯВЛЕНИЕ №\_\_\_**

на проведение **экспертизы принадлежности продукции к**

**медицинскому изделию и необходимости государственной регистрации в Республике Казахстан**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1. Заявитель:** |  |  |  |  |
|  | Наименование: |  |
|  | Юридический адрес: |  |
|  | Адрес местонахождения: |  |
|  | Фамилия, имя, отчество: |  |
|  | Телефон, факс, Е-mail: |  |
|  | Договор на предоставление консультационных услуг: | № |  |
| дата заключения: |  | Срок действия: |  |

Прошу провести экспертизу принадлежности продукции к медицинскому изделию и необходимости государственной регистрации в Республике Казахстан.

**2. Список обязательно представляемой информации (документов):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1)** | Наименование продукции |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **2)** | Наименование производителя |  |  |
|  |  |
| **3)** | Техническое описание, область применения, назначение |
|  |  |  |
| **4)** | Фотографическое изображение продукции |  |
|  |  |
| **5)** | Информацию о регистрации в стране производителя или отсутствие  |
|  | необходимости таковой, выданной государственным уполномоченным  |
|  | органом этой страны |  |
|  |  |
| **6)** | Инструкцию по применению или эксплуатационный документ.  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **3. Плательщик за предоставление экспертизы принадлежности к медицинскому изделию и необходимости государственной регистрации принадлежности** |
|  |
| (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**