|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2 к Правилам  регулирования, формирования  предельных цен и наценки на  медицинские изделия в рамках  гарантированного объема  бесплатной медицинской  помощи и (или) в системе  обязательного социального  медицинского страхования |
|  | Форма |

**Заявление для ИМН производимой на территории Республики Казахстан**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование юридического лица |  | |
| Страна |  | |
| Юридический адрес |  | |
| Фактический адрес |  | |
| Телефон |  | |
| e-mail |  | |
| Контактное лицо | Ф.И.О. (при наличии) |  |
| Должность |  |
| Телефон |  |
| e-mail |  |

      Торговое наименование ИМН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
РУ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Вариант исполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Единица измерения ИМН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Составляющие одной единицы измерения ИМН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Класс безопасности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Размеры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Производитель или производители \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ранее зарегистрированная цена производителя ИМН за единицу измерения   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Заявленная цена производителя ИМН за единицу измерения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Прошу зарегистрировать цену ИМН, произведенного в Республике Казахстан с учетом всех понесенных затрат

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование расходов | Стоимость, тенге |
| 1 | закупка сырья и (или) комплектующих |  |
| 2 | логистика сырья и (или) комплектующих |  |
| 3 | страхование, таможенные платежи и таможенное оформление сырья и (или) комплектующих |  |
| 4 | проектировка |  |
| 5 | разработка |  |
| 6 | дизайн |  |
| 7 | трансфер технологий |  |
| 8 | контрактное производство |  |
| 9 | патентирование |  |
| 10 | покупка производственного оборудования |  |
| 11 | обучение персонала на производственных площадках зарубежом |  |
| 12 | внедрение международных стандартов качества |  |
| 13 | получение сертификата CT KZ |  |
| 14 | получение индустриального сертификата НПП |  |
| 15 | лабораторные испытания |  |
| 16 | технические испытания |  |
| 17 | клинические испытания |  |
| 18 | лабораторно-клинические испытания |  |
| 19 | экспертиза в целях государственной регистрации, перерегистрации и внесении изменений в регистрационное досье |  |
| 20 | оценку безопасности и качества |  |
| 21 | систему мониторинга безопасности, качества и эффективности медицинских изделий |  |
| 22 | маркетинг |  |
| 23 | содержание персонала |  |
|  | Итого сумма: |  |

Первый руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                         Должность             Подпись             Ф.И.О. (при наличии)

(\* оформляется на официальном бланке производителя)