**Форма заявления
на проведение технических испытаний в целях подтверждения соответствия медицинского изделия**

На бланке организации Директору ФГБУ «НМИЦ ТИО

им. ак. В.И. Шумакова»

Минздрава России,

академику РАН, профессору

Готье С.В.

**Заявление на проведение технических испытаний в целях подтверждения соответствия медицинского изделия**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Наименование медицинского изделия (с указанием принадлежностей, необходимых для применения медицинского изделия по назначению)** |  |
| **2.** | **В отношении разработчика медицинского изделия:** |
| 2.1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица |  |
| 2.2 | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 2.3 | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 2.4 | Адрес (место нахождения) юридического лица |  |
| 2.5 | Номера телефонов |  |
| 2.6 | Адрес электронной почты юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 2.7 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| **3.** | **В отношении производителя медицинского изделия:** |
| 3.1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица |  |
| 3.2 | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 3.3 | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 3.4 | Адрес (место нахождения) юридического лица |  |
| 3.5 | Номера телефонов |  |
| 3.6 | Адрес электронной почты юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 3.7 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| **4.** | **В отношении уполномоченного представителя производителя медицинского изделия:** |
| 4.1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица |  |
| 4.2 | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 4.3 | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 4.4 | Адрес (место нахождения) юридического лица |  |
| 4.5 | Номера телефонов |  |
| 4.6 | Адрес электронной почты юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 4.7 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| **5.** | **Место производства медицинского изделия** |  |
| **6.** | **Назначение медицинского изделия, установленное производителем** |  |
| **7.** | **Вид медицинского изделия в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий** |  |
| **8.** | **Класс потенциального риска применения медицинского изделия в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий** |  |
| **9.** | **Код Общероссийского классификатора продукции для медицинского изделия** |  |

Опись прилагаемых документов.

Оплату гарантируем.

Наши реквизиты.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица,
имеющего право действовать от имени этого юридического лица)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 М.П.  (Подпись)